الفصل الأول

قضايا الفحص العملية في علم النفس الأكلينيكى

Practical Issues of Investigation in Clinical Psychology

س . ج . ل . ليندسى و ج . ى. باول

S. J. E. Lindsay and G. E. Powell

الفصل الأول

قضايا الفحص العملية فى علم النفس الأكلينيكى

س . ج . ل . ليندسى و ج . ي. باول

S. J. E. Lindsay and G. E. Powell

تطور علم النفس الأكلينيكى من خلال تقاليد الفحص الدقيقة والمثابرة للمشكلات والخصائص التى يأتى بها العملاء (انظر على سبيل المثال Mittler, 1970) .

وقد اعتبر هذا الفحص جوهريا لتحديد كفاءة علاج الصعوبات التى يعانى منها هؤلاء العملاء (Matarazzo, 1983) . وقد حدث نمو ضخم خلال الأعوام العشرين الأخيرة فى تطور علاج نفسى مؤثر ، هو الذى شكل علم النفس الأكلينيكى . كما كان هناك تطور مشابه فى العلاج الطبى النفسى والعلاج العصبى . ويقدم هذا الفصل مراجعة للقضايا العملية فى الفحص النفسى بهدف تحقيق استفادة جيدة من كل هذه المصادر ذات الفائدة .

هناك مرحلتان بارزتان فى جمع المعلومات الأكلينيكية وفى اتخاذ القرار المتعلق بصعوبات العميل . ويمكن وصف المرحلة الأولى باعتبارها جمعاً شاملاً للمعلومات ، وحيث يقوم الأخصائى الأكلينيكى خلالها بوضع الفروض والصياغات المتعلقة بأسباب حدوث هذه الصعوبات واستمرارها . بينما تتضمن المرحلة الثانية ومن خلال جمع أكثر انتخابية للبيانات ، قدرا أكبر من التدقيق واختبار الفروض ، وتستمر هذه المرحلة طوال فترة العلاج .

وهناك عديد من المخططات للعملية الأولى كما يمارسها الأخصائى الأكلينيكى (Nay, 1979; Lazarus, 1976; Cone, 1978) ومع ذلك فهناك القليل للغاية من محاولات تحديد صدق وثبات هذه الأساليب.

ولسوء الحظ ظهر أن تحديد الصعوبات الأساسية لدى العميل وأسباب استمرارها يفتقر إلى الثبات ، والاتفاق ضعيف بين الأخصائيين النفسيين فى الأستخلاصات التى ينتهون اليها عندما يواجهون بالبيانات نفسها عن العملاء (Fewtrell, 1981; Hay et al., 1979) . وبالتالى لن يبدو مثيرا للدهشة أن يكون الاتفاق حول تطابق العلاج ضعيفا أيضا (Fewtrell, 1981) والمتاح حاليا دراسات محدودة وذات بيانات غير كافية حول التقديرات الأكلينيكية الموثوق فيها . إن تعقد التفاعلات السلوكية والمعرفية والتأثيرات الداخلية والخارجية و المشكلات المختلفة التى قد يتكرر ظهورها لدى العميل نفسه (انظر على سبيل المثال : Haynes and O'Brien, 1990 وشكل ١ : ١) لن يشجع الاتفاق بين الأخصائيين النفسيين على كيفية التدخل . ومع ذلك فما نقترحه هنا هو الاعتماد على فحوص تجربة الحالة المفردة (انظر Morley الفصل ٣٧) والتى غالبا ماتكون وسيلة موثوق فيها لتحليل المشكلة واختبار الفروض وتأثير العلاج . وقد لوحظ ضعف مستوى التقديرات الأكلينيكية فى مؤتمرات دراسة الحالة منذ فترة طويلة . وكذلك إهمال البيانات الإحصائية على وجه الخصوص (Meehl, 1974) .

إذا كان تحديد المشكلة بهذه الوسائل ضعيفًا بصفة عامة كما تبين هذه الملاحظات ، يصبح من الصعب فهم لماذا يمكن التوصية ببعض أساليب العلاج النفسية دون الأخرى ، مثال ذلك خوف الأماكن المفتوحة [١] حيث يوصى على نطاق واسع باستخدام أسلوب التعرض [٢] (انظر Lindsay الفصل الثامن) بينما لا تلاقى بعض العلاجات الأخرى مثل التدريب التوكيدى [٣] تأييدا ، ويلاحظ لسوء الحظ أن معظم دراسات العلاج السلوكى المنشورة تصف السلوك المستهدف ولكنها نادرا ماتحدد أية صعوبات سلوكية أخرى أو متغيرات سواء مستقلة أو تابعة يتعين ملاحظتها . ومن هنا يصبح من المستحيل دائما معرفة ما إذا كان قد أحسن تقييم العلاج المستخدم أو أنه اختير عشوائياً . من ذلك أنه يوجد فى دراسات الاكتئاب على سبيل المثال وصف للمرضى بتعبيرات درجاتهم على بطارية بك للاكتئاب [٤] بينما يُهمل أى تقييم للمشكلات الأخرى لديهم ككربهم الزواجى [٥] والذى يمكن أن يوجد ويسهم فى المشكلة المركبة للعميل . وذلك رغم تكرار اعتراف الأخصائيين الاكلينيكين (Yates, 1976) بضرورة الإجابة عن الأسئلة الآتية بالنسبة لكل حالة : أى علاج يستخدم ؟ وبواسطة من يكون أكثر فعالية لهذا الفرد فى هذه المشكلة المعينة، وتحت أى ظروف ، وكيف يمكن أن يتم ذلك ؟ (Paul, 1969) .

وعلى الرغم من أن الأخصائيين النفسيين الاكلينيكيين نادراً مايسهمون الآن فى التشخيص السيكاتيرى ، فإن تطوراً حالياً فى هذا النسق العلمى يمكن أن يتضمن بعض الدروس التى تفيد فى مجال إجراءات الفحص التى يمارسها الأخصائيون النفسيون أنفسهم ، مثال ذلك أن الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل [٦] (DSM- III - R) لجمعية الطب النفسى الأمريكية) يقدم قواعد واضحة لتشخيص المرضى فى فئات تقليدية وأخرى أقل تقليدية ، والمحكات الضرورية للاندراج فى أى فئة وكذلك الأعراض التى لاتوجد فى كل تشخيص ، مقدمتان كليهما : محكات التضمين ومحكات الاستبعاد . وبالإضافة إلى فئات التشخيص السيكايترى مثل الاكتئاب والقلق ،التى توصف فى المحور التشخيصى الأول - التصنيف العقلى - تُقدم الأبعاد الأخرى ، فالمحور الثانى يقدم أوصافا لاضطرابات الشخصية والاضطرابات الارتقائية ، والمحور الثالث للأمراض العضوية ، ويختص محوران آخران بوصف الآتى : المحور الرابع لوصف حدة الضغوط النفسية الاجتماعية بما فيها التأثيرات البيئية وأزمات الحياة ، والمحور الخامس للتقديرات الإجمالية للأداء «أعلى مستوى للأداء التوافقى خلال العام الأخير » وهو مقدم على مقياس من خمس نقاط . ويأخذ هذا الأخير فى اعتباره الأداء الوظيفى للعميل ، واستخدام وقت الفراغ والعلاقات الاجتماعية . وبعض الحالات التى قد تتطلب تدخلا عندما تؤثر بقدر جوهرى فى هذه المتغيرات مثل الوساوس والأفعال القهرية . ويمكن جمع المعلومات اللازمة لاستخدام هذا التصنيف وفق توصيات منشورة فى موضع آخر .

وقد استخدمت المقابلات المقننة مثل مقابلة رينارد التشخيصية [٧] والتى طورها هيلزر Helzer وزملاؤه(1981) وقائمة المقابلة التشخيصية [٨] التى وضعها روبنز Robins وزملاؤه (1981) فى تجارب

---

(1) Agoraphobia
(2) Exposure
(3) Assertiveness Training
(4) Beck Depression Inventory
(5) Marital Distress
(6) Diagnostic and Statistical Manual III - R .
(7) Renard Diagnostic Interview (RDI)
(8)Diagnostic Interview Schedule (DIS)

الثبات للصورة الأصلية للدليل التشخيصى والإحصائى الثالث (American Psychiatric\Association, 1980) وقد وصف روبنز وزملاؤه هذه الدراسة التى أمكن من خلالها مقارنة تصنيف أشخاص غير متخصصين لأكثر من ٤٠٠ عميل ، بتصنيفات أطباء نفسيين من ذوى الخبرة ، وحيث تراوح الاتفاق بين الملاحظين [١] بين الاتفاق التام فى حالات فقدان الشهية العصبى [٢] وبين الاتفاق المتوسط فى حالات المخاوف إلى الاتفاق الضعيف فى اضطرابات الهلع [٣] . كما طورت ايضا قوائم مقابلة للدليل التشخيصى الثالث المعدل منها قائمة المقابلة لأضطرابات القلق (Denardo et al., 1985) . ولهذه الأسباب أصبح الدليل التشخيصى والأحصائى الثالث مشوقا حيث جذب الانتباه إلى ارتباط الاضطراب النفسى بالتأثيرات البيئية والضغوط وضعف الأداء الوظيفى ، كما أن تفصيل القواعد الخاصة بجمع البيانات وتصنيفها جعل هذا النظام أكثر ثباتا من النظم السابقة عليه (Matarazzo, 1983) ومع ذلك فهناك أسس لنقده روجعت فى موضع آخر (Eysenck et al., 1983) ، ويتضمن هذا النقد إهمال بعض المشكلات السلوكية التى طور لها الأخصائيون النفسيون أساليبا للتدخل ، كما يهمل الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث التحليل الوظيفى ، الذى يمكن أن يشير بشكل أفضل لسبل التدخل العلاجى . يضاف إلى ذلك أن منحى الأبعاد [٤] قد يكون أكثر مناسبة لكثير من الأمراض من المنحى الفئوى . وقد وجه النقد للدليل التشخيصى أيضا لأنه يتضمن اضطرابات سلوكية مما يوحى بأفتراض أنها مشكلات طبية . كما يثير التهكم أن الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث يقدم مؤشرات قليلة للطرق ، التى يمكن للأخصائيين النفسيين التدخل بها ، والتى يتدخلون بها فعلا فى الطب السلوكى (انظر Edelmann الفصل ٢٥) .

ولسوء الحظ ، فرغم أن الأخصائيين النفسيين جذبوا الانتباه دائما إلى عدم مواءمة هذا النظام التشخيصى السيكايترى (Mc Guire, 1973) فإنهم اقتبسوا عديداً من التصنيفات السيكايترية التقليدية، وبالتالى أصبح من الصعب عليهم تجاهل الدليل التشخيصى والإحصائى . ويبدو هذا جليا فى حالة الخوف والقلق حيث كان الأخصائيون النفسيون شديدى النشاط فى إقتراح نماذجهم العلمية الخاصة . مثال ذلك أن نوبات الهلع [٥] تعتمد على نطاق واسع على دلالة الهلع لدى العميل (انظر Lindsay الفصل الثامن) ويعكس تنظيم الفصول فى هذا الكتاب مزيجًا من المسميات الخاصة بالطب النفسى التقليدى والمسميات السلوكية الأكثر حداثة .

التجميع الأولى للمعلومات

أشارت المناقشة السابقة إلى قيمة المعلومات الأكلينيكية والفحوص فى العلاج السلوكى وتعديل السلوك . إلا أن الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين مازالوا ضالعين فى أساليب التشخيص التقليدية ، فى المشكلات العصبية على وجه الخصوص ، بالاضافة إلى ذلك وعلى الرغم من أن أغلب الحالات التى تحول إلى الأخصائيين النفسيين من الزملاء الأطباء .. فإنه يتعين نصح الأخصائيين النفسيين ليكونوا متنبهين للتغيرات فى سلوك العميل ، التى يمكن علاجها بطريقة اصح بواسطة الأطباء . ويجب أن يكون الأخصائى

(1) Inter . Observer agreement
(2) Anorexia nervosa
(3) Panic disorder .
(4) Dimensional approach
(5) Panic attacks

النفسى الاكلينيكى قادراً على إعادة تحويل العميل مرة أخرى للطبيب الذى سبق أن أحاله اليه أو إلى الزميل الطبى فى الفريق ، وذلك عندما تؤدى تغيرات تعزى للحالة العضوية للعميل إلى انشغاله . كما يتعين أيضا نصح العملاء بضرورة إجراء فحص طبى قبل الفحص السلوكى . وقد جرى التأكيد على ذلك فى عديد من الفصول على امتداد الكتاب ، ومع ذلك يجب أن يقوم الأخصائى الأكلينيكى فى بعض الأحيان بجمع المعلومات التى يمكن أن تعكس الحالة العصبية للعميل والحالات العضوية الأخرى.

وقد وصف رسل وزملاؤه (1978) Russell وناى (1979) Nay مؤشرات جمع المعلومات التى يمكن أن تكون شاملة ، وكافية بالتالى . وفيما يلى مخطط للمعلومات التى أوصوا هم وآخرون بها ؛ لتكون متاحة للأخصائى الأكلينيكى . وربما يكون قد تم جمع بعض هذه المواد بالفعل بواسطة الأخصائى الاكلينيكى الذى قام بالإحالة ، ولذا قد تكون متاحة فى خطاب الإحالة أو فى ملف العميل ، كما أن مجالات الاستعلام يمكن أن تكون ذات صلة محدودة أو بلا صلة على الإطلاق بالنسبة لبعض العملاء . ولذا فعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يكون انتخابيا فيجمع المعلومات من العميل مباشرة ، كما أن المقابلة الشاملة شمولا زائدا والمؤدية إلى التعب يمكن أن تثير عداء العميل ، وبالأخص فى الوقت الذى يكون فيه مكروباً بدرجة واضحة ويائساً بالفعل من تلقى مساعدة فعالة . ولتجنب التكرار والإطناب فى الأسئلة ولأسباب أخرى تتعلق بكفاءة جمع المعلومات ، على الأخصائى الأكلينيكى أن يسجل ملاحظاته بمجرد أن تتبادر إلى ذهنه . ويتعين فى حالة بعض العملاء المكروبين للغاية أن ينفق وقت المقابلة الاولى فى التعارف مع العميل مع أقل القليل من التسجيل . وسيكون من الضرورى بالنسبة لبعض العملاء البحث عن المعلومات من أطراف أخرى من بين من يعرفون صعوبات العميل جيدا مثل الوالدين أو الزوج أو الاخصائيين الاجتماعيين أو المعالجين المهنيين وفريق العناية . وسيكون ذلك جوهريا بالنسبة للعملاء المعوقين عقليا والعملاء المسنين من الذهانيين المضطربين ، ممن لا يكونون قادرين على التواصل الجيد . بالاضافة إلى ذلك ، فإن بعض المشكلات تؤثر وتتأثر بأشخاص آخرين فى بيئة العميل ، كما تتطلب بعض التدخلات تعاون أسرة العميل أو القائم على رعايته والذى يتعين بالتالى استشارته خلال مرحلة الفحص . وعلي الرغم من ضرورة ذلك ، وحيث يكون ممكنا ، يتعين الحصول على الموافقة التامة من العميل قبل استشارة أى إخباريين . وأخيرا يتعين التأكيد على أنه سيكون هناك دائما إمكانية أن بعض الملاحظات التى يبديها العملاء لن تكون موكدة أو قد تكون غير دقيقة مما يتطلب تأييداً لها من أطراف أخرى . وسنناقش فيما بعد مصادر هذا التحيز وعدم الدقة .

قد يكون سبب إحالة العميل مذكورا فى أغلب الاحيان فى مذكرة أولية واردة من الأخصائى الذى أحاله ، أو سيكون من خلال الاتصال أثناء اجتماع الفريق الأكلينيكى . ويجب توضيح هذا الأمر مع العميل أو مع من يقدم المعلومات نيابة عنه ، أى الإخبارى . وسيكون من المرغوب فيه بشدة فى كل الحالات الاستماع إلى العميل ، وهويصف الصعوبات الأساسية بكلماته ، وذلك لمجرد تشجيع تعاونه للحصول على معلومات اضافية وتلقى العلاج .

وغالبا ما سيكون من المفيد من البداية معرفة لماذا فكر العميل فى الحصول على المساعدة ، وطول الفترة التى ظل يشكو خلالها من مشكلته ، وسيكون من المهم دائما عند هذه النقطة إعادة التأكيد للعميل أو للشخص المهتم بأمره - ايًا كان - أن الشكوى ليست غير معتادة ولا هى مشينة وفق خبرة الأخصائى الأكلينيكى ، وانه سيكون من الممكن تقديم بعض المساعدة ، وعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يوضح أنه لكى يفهم صعوبات العميل ، سيكون من الضرورى حصوله على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن المشكلة.

وعلى الأخصائى الاكلينيكى أن يُظهر بعض التعاطف ويبدى تفهما لقلق العميل ، كأن يقول مثلا أنه من غير المستغرب إطلاقا أن يكون العميل مكروبا إلى هذه الدرجة نتيجة لمشكلته . ويجب أن يلى ذلك الحصول على قدر أكبر من التفاصيل ، ولكن بأختصار عن تاريخ الشكوى : متى لاحظ العميل أو الأخبارى المشكلة لأول مرة؟ وكيف كانت استجابة العميل والآخرين لها ؟ كيف كان وضع العميل فى بدايتها ؟ وخلال فترة تطور المشكلة فيما بعد : من حيث عمله ، ووضعه الأسرى ، وحياته مع والديه ، وفى المدرسة ؟ وما المحاولات السابقة لعلاج المشكلة أو لمساعدة العميل بطرق أخرى ؟ .

واحد مجالات الفحص المهمة التى دائما ماتُنسى فى الفحص السلوكى *تتعلق بأشكال العجز الذى نتج عن صعوبات العميل* : كيف تغيرت علاقة العميل بأسرته ، بعمله وزملائه والمرضى الآخرين مع وجود المشكلة ؟ كيف تغير أداء العميل وتغيرت اهتماماته فى العمل وفى الأنشطة الترفيهية ؟ كيف استثيرت الوظائف البيولوجية للعميل : فى النوم ، والنشاط الجنسى والأكل وثبات وزنه ؟ هل حدثت أية صعوبات فى قدرته على تحمل المسئوليات مثل إدارة ميزانية البيت أو اتخاذ القرارات ؟

وقد لا يكون تعبير *التغير أو بداية المشكلة* مناسبا بالنسبة لكثير من العملاء أو قد لا يكون من السهل تحديده ، والكثير من المشكلات مثل صعوبات مقابلة الناس والحديث معهم قد توجد بدرجة ما خلال حياة العميل ولكنها تصبح فى الفترة الأخيرة فقط مثيرة للقلق ، ويمكن أن تظهر عندما يتقدم مثل هذا العميل للحصول على وظيفة لأول مرة .

وقد يكون من الضرورى بالنسبة لهؤلاء العملاء مقارنة أدائهم فى هذه المجالات ببعض المعايير كأداء المشابهين لهم فى العمر أو الارتقاء العقلى والتعليم والخلفية الاجتماعية والثقافية . وسنناقش فيما بعد فى هذا الفصل إمكانية توفر مثل هذه المعايير .

كيف يتعامل العميل مع المشكلة ؟ هل تزايد تعاطيه للكحوليات ، هل أصبح مدخنا شرها ، هل أصبح يتعاطى مهدئات ؟ ينسحب لحجرة نومه لفترات طويلة ، أصبح أصدقاؤه واقاربه يتولون عنه مهامه ، هل يسعى للحصول على الدعم والتأييد ؟ كيف يتعامل الأخرون مع مشكلات العميل ؟

وعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يستطلع أيضا عن عدد من المشكلات والمتغيرات ، التى قد لا تكون جزءاً من الشكوى الأساسية المحالة إليه : ماالحالة المزاجية الغالبة على العميل ، أو ما الحالة الانفعالية التى يعانى منها العميل فى بعض الأوقات والظروف ؟ الخوف ، القلق ، الغضب ، الإحباط ، الحزن ، الاستثارة ؟ .

وأحيانا ما يكون لدى العميل صعوبة فى ذكر مثل هذه الحالات المزاجية ، وبعض العملاء قد لايتعرضون لخبرات انفعالية قوية حتى عندما تكون متوقعة أى إن لديهم تبلد وجدانى . كما قد تظهر ايضا تقلبات وجدانية مفاجئة . وعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يعتمد على الإخباريين الآخرين لتقرير هذه التغيرات إذ حتى بالنسبة للعملاء ذوى القلق المزمن على سبيل المثال قد لا يكونون بهذا القدر من عدم الراحة خلال جلسة المقابلة بما يسمح بملاحظتهم ، كما يجب أن يلاحظ ايضا أن المشاعر التلقائية قد لاتكون واضحة بطريقة ثابته فى تعبيرات وجه العميل (Ekman and Oster, 1979) .

مضمون الأفكار التى يذكرها العميل من الأمور المثيرة للأهتمام ايضا . الأفكار المقتحمة المزعجة أو الانشغالات وبالاخص فى علاقتها بالتغيرات فى الانفعالات ، الخطط ، والطموحات سواء كانت واقعية أم لا . ما الذى يعتقد العميل أنه سيحدث فى الوقت الذى يكون فيه مكروبا للغاية .

ودائما ما تكون معتقدات العميل المعلنة وتفسيراته للأحداث ذات دلالة . هل هناك معتقدات غير سوية حول البيئة بما فى ذلك سلوك ومعتقدات الناس نحو العميل ؟ هل توجد لدى العميل معتقدات غير واقعية حول خصائصه الجسمية أو وظائفه ؟ .. قد يكون المظهر الوجهى أو حجم الجسم موضوعا للقلق غير السوى . وغالباً ماتكون المعتقدات المقاومة غير المناسبة حول قيمة العميل مصدرا غير واقعى لتكدره . وقد يعتقد العميل أن بعض الخبرات مثل الأفكار المقتحمة تعنى أنه سيصاب بالجنون أو أن هذه الخبرات فريدة من نوعها . هل يعتقد العميل أنه لا يستطيع التحكم فى الأحداث ؟ ما الذى يعتقده العميل بالنسبة للصعوبات الموجودة لديه .

الخبرات الشاذة : يتعين ايضا ملاحظة ما يلى فيما يتعلق بالخبرات البصرية والسمعية وتلك المتعلقة بسائر الحواس الأخرى فى البيئة (مثل الهلاوس أو الشعور بعدم الواقعية) وبالنسبة لجسمه (مثل الإحساس بالوخز أو بالخدر فى أصابع اليدين والقدمين وفروة الرأس) أو فى الذات (مثل الإحساس بفقدان الذاتية أو الوعى بالاضطراب فى التفكير) .

يجب ايضا تسجيل مظهر العميل وسلوكه اثناء المقابلة ، صفاته ، حركاته غير العادية وهيئته ، شذوذ الحديث كأن يكون غير مسموع أو مرتفعا للغاية ، أو الحديث بسرعة أو ببطء ، حاجته لأن ينبَّه للكلام أو صعوبة مقاطعته . الإجابة مباشرة عن الأسئلة أو الالتفاف بعيدا عن الموضوعات . هل يصغى العميل للقائم بالمقابلة أم لشيء آخر فى الموقف سواء واضح أو غير ظاهر للقائم بالمقابلة ؟

وسيكون من المهم تقييم الأداء العقلى – المعرفى للعميل (الذاكرة ، الوعى بالزمان والمكان ، الانتباه والتركيز) على وجه الخصوص بالنسبة لأولئك الذين يمكن أن ترتبط مشكلاتهم السلوكية بصعوبات تتعلق بالعمل أو العناية بالذات . ولهذا المجال من الفحص أهمية خاصة أيضاً عندالشك فى وجود تلف عصبى .

كما سيكون من المفيد تقييم اتجاهات العميل نحو صعوباته سواء اعتبرها تافهة أو مهددة للحياة وسواء انتهى إلى أن الأمل فيها مفقود أم لا ، ما الفروض التى كونها المريض عنها ؟

وأيا ما كانت الأهداف، فسيكون من المهم خلال المقابلة الأولى تحديد ما إذا كان العميل يعمل ويفكر ويركز بالدرجة المتوقعة من الكفاءة من شخص فى مستوى تعليمه أو وظيفته . هل يعتقد العميل أو الإخبارى أن العميل لديه صعوبة فى تذكر المعلومات . هل يستطيع العميل أن يذكر اسمه وعمره والمعلومات الشخصية الأخرى ، اهتماماته الحالية فى الزمان والمكان ، مع سرد مختصر للأحداث والأخبار الجارية ؟

بعد أن يحصل الأخصائى الأكلينيكى على صورة شاملة لصعوبات العميل القائمة ، عليه أن يسعى للكشف عن كيفيه تطور هذه الصعوبات . ولأن الأخصائى الأكلينيكى يحصل على تاريخ مطابق تماما ، فعليه أن يكون انتخابيا فى تقرير أى جوانب تاريخ العميل تستحق الفحص . مثال ذلك إحتمال أن تكون الأهتمامات الجنسية ضئيلة لدى العملاء المسنين ، بينما تكون الصعوبات المتعلقة برعاية الذات أكثر أهمية. بينما يكون النشاط الجنسى ذا أهمية بالغة لدى الشباب الراشدين.

وقد تتضمن بيانات تاريخ الحالة أمورا تتعلق بأسرة العميل – والديه واخوته ، أعمالهم ، أمراضهم. ويكون تاريخهم السيكايترى مهمًا على وجه الخصوص . حيث يجب بصفة خاصة معرفة هل كانت فى الأسرة حالات سابقة لديها الصعوبات نفسها أو وجدت مثل هذه الصعوبات بين الأقارب اللصيقين ؟ ما هى الأزمات العائلية التى صادفتها الأسرة ، مثل : الوفيات ، التغير المفاجيء فى الدخل ، صعوبات الزواج بين الوالدين ؟ وكيف أثر كل ذلك فى العميل .

ويجب فحص التاريخ الارتقائى (1) للعميل وبالأخص إذا كان العميل مازال صغيرا . مانوع المدارس التى يذهب إليها ؟ هل التحق العميل بالمدرسة فى العمر المناسب وكيف توافق مع المدرسة ؟

ومن الأمور المهمة أيضا ضرورة تعرف الصعوبات السلوكية فى المدرسة لدى صغار الراشدين . هل كانت هناك اية مشكلات سلوكية مثل الهروب من المدرسة أو رفضها أو السرقة أو المشاجرات ، أو صعوبة تكوين صداقات ؟ ولكى نفهم الإعاقات الناتجة عن الشكاوى الحالية سيكون من الضرورى دائما تحديد مستوى النجاح الأكاديمى للعميل فى المدرسة وبعدها . وقد تعزى صعوبات تحقيق الأهداف فى المدرسة أو اقتراب مستوى التحصيل من بقية الأطفال إلى ظهور مشكلات سلوكية وانفعالية ، ومن الأمور المهمة على وجه الخصوص معرفة مستوى جودة القراءة لدى العمل .

ولأسباب مشابهة ، سيكون التاريخ الوظيفى للعميل ذا أهمية جوهرية . هل تتفق الوظائف التى شغلها العميل مع تاريخه التعليمى ؟ هل قضى العميل فترة طويلة بلا عمل ، أو فى تغيير متكرر لعمله أو كان غير راضٍ دائما عن العمل ؟ ومرة أخرى قد تشير المقارنة بين التاريخ الوظيفى وبين بيانات الوظيفة الحالية إلى مستوى صعوبات العميل الراهنة ، فقد تعزى الصعوبات الوظيفية إلى مشكلات سلوكية أو قد تكون ناتجة عن مشكلات أخرى تثير اهتمام الأخصائى الأكلينيكى .

وغالبا ماتشير خبرات المراهقة لدى العميل لبداية الصعوبات الاجتماعية والجنسية لديه ، ومن ثم يتعين فحص هذه المرحلة الارتقائية ومشكلات العلاقة مع المراهقين الآخرين . كيف تعامل العميل مع المعايير التى يضعها أقرانه للسلوك الجنسى والاجتماعى ؟ هل توجد أية فترة ملحوظة ، فقد فيها سعادته أو تعرض خلالها لحالة أنسحاب حادة ومستمرة ؟

والأمر المؤكد أن للتاريخ الجنسى للعميل أهمية عندما يشار إلى المشكلات الجنسية والعلاقات الزوجية أو بعض العلاقات الأخرى .

كيف يتعلق التاريخ الزواجى للعميل بتطور صعوباته ؟ مثال ذلك كيف تتعامل زوجة (أو زوج) العميل معه ؟ هل هناك مشاجرات دائمة أو تهديدات بالانفصال ، أو انفصال فعلى ؟ . ما حال الأطفال ؟ هل لديهم أية صعوبات ملحوظة فى البيت أو المدرسة ؟

وسيكون من المهم تحديد ما هى المساعدات السيكاترية أو النفسية أو الطبية التى حصل عليها العميل لعلاج مشكلاته الحالية أو غيرها . أى عقاقير تعاطاها إذا كان قد تعاطى شيئاً ؟ ومدى نجاح أو فشل هذا التدخل وبالأخص كما يراه العميل من منظوره الشخصى . ويتعين تأكيد أهمية هذه المعلومات لأنها غالباً ماستؤثر فى توقعات العميل من العلاج الحالى .

وقد يكون التاريخ الطبى للعميل ذاأهمية مباشرة أو غير مباشرة ، مثال ذلك تكرار الإقامة فى المستشفى فى فترة الطفولة قد يرتبط بأضطرابات سلوكية حتى فى مرحلة المراهقة (Rutter, 1977) وسيكون التاريخ الطبى ذا أهمية مباشرة بقدر أكبر ، عندما تكون شكاوى العميل الجسمية مثل الصداع ونوبات الدوار هى سبب تحويله . ويجب أن يتم فحص هذه الاعراض طبيا إذا لم يكن قد تم فحصها بالفعل، وقد تكون هناك اعراض جسمية ذات صلة بالسلوك موضوع اهتمام الأخصائى الأكلينيكى ، دون أن تكون هى نفسها المتغيرات المستهدفة فى العلاج . وتدخل فى هذه الفئة الأعراض الخاصة بالانسحاب الكحولى أو المخدرات مثلها فى ذلك مثل المؤشرات الدالة على التلف العصبى الدائم فى حالات الكحول

(1) Developmental

والإدمان.

ويتعين أن يكون الأخصائى الأكلينيكى قادرا على استشارة زملائه الاطباء ، عندما تحدث تغيرات فى الاعراض الجسمية إلى الأسوأ ، أو لم تستجب للعلاج السلوكى كما كان متوقعا . ويجب أن يوضح للعميل فى مستهل العلاج أن مسئولية أى حالة أو علاج طبى ستظل فى نطاق مسئولية الزميل الطبى للأخصائى النفسى الأكلينيكى أو مسئولية الطبيب الخاص للعميل . والأخصائى الأكلينيكى مسئول فقط عن الفحص والمساعده النفسية .

جدول (١ - ١) : ملخص جمع المعلومات

سبب الإحالة

وصف العميل لصعوباته الشخصية

لماذا كان التفكير فى الحصول على المساعدة (لماذا الآن ؟)

التاريخ الزمنى للصعوبات

وضع العميل : الزواجى ، الوظيفى ، أين يعيش ومع من ؟

رأى العميل فى العجز الناتج عن صعوباته (فى العمل ، ردود أفعاله ، علاقاته الاجتماعية ، سعادته الشخصية)

الأداء البيولوجى للعميل ومدى تأثره بصعوباته (فى الأكل والنوم ، والنشاط الجنسى ، المحافظة على وزنه) .

كيف يتعامل العميل مع الصعوبات ، كيف يتعامل الاخرون مع الصعوبات ، وماالعلاج المتخصص الذى حصل عليه ؟

الحالة المزاجية الغالبة لديه ، مزاجه فى أسوأ حالاته .

محتوى أفكار العميل

درجة اقتحام هذه الأفكار

الخبرات الحسية غير السوية فى كل الحواس .

الخبرات غير السوية فى علاقتها ببيئة العميل ، جسمه ، ذاته

مظهر العميل وسلوكه أثناء المقابلة الشخصية .

الأداء العقلى المعرفى (التوجه فى الزمان والمكان ، ذاكرته حول المعلومات الراهنة).

اتجاهات العميل نحو صعوباته

التاريخ الارتقائى والتعليمى والمهنى والجنسى والزواجى .

تاريخ الأمراض الجسمية الخطيرة

التعاطى المستمر للعقاقير (الكحول وغيره)

بقية الأسرة : خبراتهم فى المشكلات النفسية

الصياغة المؤقتة للمشكلة : ماأكثر الصعوبات المثيرة لاضطراب العميل ، ماالعوامل المؤثرة على هذه الصعوبة ؟ ما تأثيرات هذه الصعوبة (ما الآثار التى يمكن أن تحدثها إذا ظلت دون علاج) ، هل تبرر هذه الآثار التدخل ؟ ما البيانات الإضافية المتاحة (من خلال مقابلات اخرى أو أختبارات) والضرورية لاختبار هذه الفروض ، أى تدخل سيكون ضروريا ؟

الفحص السيكومترى

حددت المناقشة السابقة الخطوط العريضة للفحص ، التى يتعين أن يضعها الاخصائى الأكلينيكى فى اعتباره عندما يقوم بالفحص الأولى . وقد جرت محاولات عديدة لتطوير ، بطاريات للتقرير الذاتى بهدف خفض العبء الذى يقع على كاهل الأخصائى الأكلينيكى فى هذه المرحلة ولتجنب نسيان الموضوعات الجوهرية فى الفحص ، ولجعل الأخصائى الأكلينيكى يركز على الفحص الأكثر انتقائية . ويجب أن تتصف مثل هذه البطاريات بسهولة تقدير ثباتها وصدقها ، مقارنة بالفحوص ذات النهايات المفتوحة (الحرة) من النوع الذى سبق وصفه .

وقد وصف كوتيلا وأبر Cautela and Upper (1976) على سبيل المثال إجراء مسحيا للراشدين ، يتكون من أربعة أجزاء هو بطارية المقاييس السلوكية (١) يستخدم فيها استبيان للتحليل التاريخى للسلوك (٢) ، وقائمة تقديرات ذاتية سلوكية (٣) وقائمة تقديرات ذاتية للسلوك (٤) مع قائمة مسح التدعيمات (٥) وقائمة لمسح المخاوف (٦) . ولسوء الحظ فإن المؤلفين لم يقدموا أية بيانات سيكومترية لأستبيان التحليل التاريخى للسلوك أو قائمة التقديرات الذاتية للسلوك ، كما أن هناك مجالات لم تغط بطريقة جيدة مثل السلوك الجنسى ، الذى لايجوز دائماً عدم العناية بفحصه ، أو القيام بفحصه بالضرورة ، بالإضافة إلى مجالات أخرى كالأداء العقلى . وبالتالى لا يبدو هذا المنحى ملائما من حيث تغطيته المعلومات المناسبة ، ومن حيث كونه شديد الشمول . وعلى هذا فمن غير المرجح أن تتمكن هذه البطارية بالذات من توفير أية مزايا ، تفوق الفحص الانتخابى الذى سبق وصفه.

وقد استخدم اختبار وكسلر للراشدين (Wais; Wechsler, 1981) بوصفه اختبار تمييزى لمحاولة اكتشاف كل الأمراض النفسية تقريباً ، غير أن نقص صدق كثير من هذه المحاولات يبدو من الأمور الواضحة (Frank, 1983)

استبيان الصحة العامة (٧) (GHQ)

يستخدم استبيان الصحة العامة (Goldberg and Williams, 1988) على نطاق واسع للكشف عن الكرب السيكايتري في عينات الراشدين ، وفقًا لتعريفه بالخصائص المعيارية للمقابلة السيكايترية . وتتضمن الصورة الأصلية ٦٠ سؤلا . غير أنه أمكن من خلال استخدام تحليل التجمعات (٨) والتحليل العاملى (٩) التوصل إلى صور مختصرة من ٣٠ ، ٢٨ ، ١٢ بنداً . وقد أشارت هذه التحليلات إلى

---

(1) Behavioural Inventory Battery
(2) Behavioural Analysis History Questionnaire (BAHQ : ibid.)
(3) Behavioural Self-.Rating Checklist (BSRC; ibid)
(4) Behavioural Self-Rating Checklist (BSRC; Cautela and upper, 1975)
(5) Reinforcement Survey Schedule (RSS; Cautela and Upper, 1976)
(6) Fear Survey Schedule (FSS; Geer, 1965)
(7) The General Health Questionnaire (GHQ)
(8) Cluster Analysis
(9) Factor Analysis

حساسية استبيان الصحة العامة GHQ للكرب السيكايترى بوصفه متغيراً نوعيًا ، وكذلك للقلق والاكتئاب والشكاوى البدنية مثل الصداع . كما أشارت بعض التحليلات لمكونات أخرى مثل الأداء الاجتماعى واضطرابات النوم (Goldberg and Williams, 1988) . وتستخدم فى استبيان الصحة العامة نقاط حدية [1] لعدد الشكاوى التى يشير إليها المستجيب لتحديد ما إذا كان يعانى من كرب سيكايترى أم لا . وقد حددت النقاط الحدية للإقلال لأقصى درجة من مخاطر القرارات غير السليمة . أى التحديد الخاطئ للمستجيب باعتباره سليماً أو التحديد غير الصحيح له على أنه مكروب .

ويظهر تحليل الخصائص العاملة للمتلقى مزايا وعيوب النقاط الحدية المختلفة فى عمليات المسح . وتختلف هذه النقاط الحدية اختلافات جوهرية من دراسة لأخرى وبالأخص بالنسبة للصورتين ذات الـ ٢٨، ١٢ بندا والدرجات الحدية الأكثر شيوعا هى ١١ شكوى فى استبيان الصحة العامة ذو الـ ٦٠ بندا ، ٦ شكاوى فى الصورة ذات الـ ٣٠ بندا (Goldberg and Williams, 1988) .

وتتميز صورتى استبيان الصحة العامة GHQ ذات الـ ٦٠ ، ٣٠ بندا باتساق داخلى [2] مرتفع ، كما أن لهما ثبات إعادة اختبار [3] مرتفع لدى المفحوصين ، الذين أظهروا صورة غير متغيرة للكرب السيكايترى (Goldberg and Williams, 1988) وغالبا مايبدو أن استبيان الصحة العامة قد احسن تصميمه للكشف عن الكرب فى الحالات الحديثة ، ويقدم لكل الأسئلة فيه بعبارة : «هل كنت حاليا ....» ويمكن أن يفشل المرضى المزمنين من أصحاب الصعوبات الخطيرة مثل القلق الشامل فى الأعتراف بالأعراض نتيجة الإجابة بـ «لا . أنا أشعر دائما بهذه الحالة» . والأستبيانات الأخرى مثل قائمة الأعراض الـ ٩٠ (انظر فيمايلى) أكثر مناسبة للكشف عن الصعوبات المستديمة .

قائمة الاعراض الـ ٩٠ - المعدلة [4] (SCL - 90 - R)

تعد قائمة الأعراض الـ ٩٠ - المعدلة (Derogatis, 1977) واحدة من أوسع استبيانات الفحص العام استخدامًا . وهى تتضمن تسعين سؤلاً مصممة لقياس تسعة أبعاد نفسية مرضية كما تحددت من خلال التحليل العاملى ، وهى : الأعراض الجسمية (مثل صعوبة أن تتنفس) ، صعوبات الوساوس القهرية ، الحساسية الشخصية (مثل الإحساس بالدونية تجاه الآخرين) ، الاكتئاب ، القلق ، الغضب ، العداء ، قلق الخوف ، أفكار العظمة والاضطهاد والذهانية (كأن توجد لديك أفكار لا تخصك) ، كما توجد بها سبعة أسئلة حول مشكلات متناثرة مثل عناء الدخول فى النوم . ويجيب المفحوص عن كل بند بأن يختار إجابة من بين خمسة بدائل تتراوح بين : «إطلاقا» و «بشدة» على السؤال : «ما مقدار ضيقك من .....» وهناك صورة مختصرة للبطارية (Derogatis and Melisaratos, 1983) لها معايير على عينة ضخمة من المواطنين الإنجليز فى المملكة المتحدة (Francis et al., 1990) ولسوء الحظ فإن معدل الاستجابة فى هذه الدراسة المسحية كان من الفقر إلى الدرجة التى لا يمكن معها القول أن العينة كانت ممثلة للمجتمع .

---

(1) Cut-off Points
(2) Internal Consistancey
(3) Test - Retest
(4) The Symptom Check-List-90-Revised (SCL-90-R)

وتميل قائمة الأعراض الـ ٩٠ – المعدلة (SCL -90-R) إلى تقديم مخطط [١] للحالة النفسية المرضية [٢] لكل مستجيب ، ويوفر المرجع الأصلى بيانات معيارية لعينات أكلينيكية وأخرى سوية . ولسوء الحظ فإن أربعة فقط من الابعاد التسعة المحددة فى المصدر الأصلى تم التوصل إليها فى دراسة تالية مستقلة (Cyr et al., 1988) . وقد كشف مسح للتراث أُعد لهذا الفصل عن عدم وجود محاولات مُرضية لتحديد الصدق الخارجى بالمقارنة بإجراءات تشخيصية أخرى .

وبالتالى فإن قائمة الأعراض الـ ٩٠ المعدلة يمكن استخدامها لمساندة المقابلة الأكلينيكية فقط بهدف تحديد المشكلات السيكاترية المختلفة .

ويبدو أن الصورة الأصلية من المقياس (SCL-90; Derogatis et al., 1973) مازالت مستخدمة فى أغلب الأحوال ، وبدرجة كبيرة ويرجع ذلك لسهولة استخدامها (ibid.) ويتعين استخدامها بحرص .

صياغة المشكلة

يتعين على الأخصائى الأكلينيكى أن يتخذ عددا من القرارات القائمة على أساس المعلومات ، التى يحصل عليها فى المقابلات الأولى مع العميل أو الإخبارى . ما المشكلة البارزة ، وما المتغيرات التى يجب أن تكون مستهدفة خلال العلاج ؟ وقد تختلف الإجابات عن هذه الأسئلة . من ذلك أن تكون المشكلة لدى رجل معين هى عدوانه تجاه زملاءه وتنغيصه لهم ، بينما يكون الهدف العلاجى هو مهارات القراءة التى تطورت بصورة ضحلة ، والتى يمكن أن تكون موضوعا للتعلم . ومن ناحية أخرى قد يتطابق السلوك المستهدف والمشكلة البارزة بشكل مباشر للغاية مثال ذلك أن صعوبات مريضة بخواف الاماكن المفتوحة [٣] تشكلت نتيجة عدم مغامرتها بالخروج من البيت ، ولعدم قدرتها على زيارة الحوانيت فى الجوار . ويكون السلوك المستهدف هو هذا التجنب الذى يمكن التعامل معه مباشرة ، من خلال برنامج للتعرض التدريجى .

وعلى الأخصائى الأكلينيكى إذاً أن يقرر بناء على فحص تفصيلى ولكنه انتخابى ما إذا كان العلاج ضروريا ، وما المتغيرات المستهدفة التى يتعين أن توجد فى هذا التدخل . وما إذا كان يجب أن يقوم به الأخصائى النفسى أو يقوم به زملاءه . ولهذا فإن تسجيل التفاصيل الموثوق فيها ، والتى يمكن الحصول عليها والتى سنجدها موضحة على امتداد بقية الكتاب ، ستكون المرحلة التالية فى الفحص .

إن اختيار الفحص فى هذا المرحلة سيعتمد جزئيًا على الأقل على الفرض الذى صاغه الأخصائى الأكلينيكى حول استمرارية صعوبات العميل ، ويحتمل ، لسوء الحظ ، أن تكون عملية اتخاذ القرار هذه هى أضعف حلقة فى التقدير النفسى ، ولا تعطى أكثر المراجع انتشارا وتأثيرا فى التقييم السلوكى إلا القليل من الاهتمام لهذا الموضوع (مثال ذلك : Hersen and Bellack, 1981; Ciminero et al., 1977)

ورغم ذلك فهناك منحيان مفضلان لدى الأخصائيين الأكلينيكيين ، يتضمن الأول وعلى نطاق واسع ممارسة يتم فيها تصنيف العملاء فى فئات للصعوبات بناء على وجود بعض الأعراض والشكاوى وقد وصف كوتيلا وابر Cautela and Upper (1973) نظام ترميزى سلوكى [٤] (BCS) يتضمن حوالى ٣٠٠ سلوك غير توافقى مصنفين فى ٢١ فئة كبرى .

(1) Profile
(2) Psychopathology .
(3) Agoraphobia
(4) Behavioural Coding System (BCS)

ولسوء الحظ .. فقد نشر أوفاريل وابر O'Farrell and Upper (1977) معاملات ثبات ضعيفة فيما بين الملاحظين لتصنيفات عينة من ٢٠ مريضا .

ويتضمن المنحى الثانى تحليلا وظيفيًا (١) يسعى لتحديد آليات استمرارية صعوبات المريض (Owens and Ashcroft, 1982; Cullen, 1983; Haynes and O'brien, 1990) يعتمد كثيرا على التفسير الاشتراطى الفعال لهذه الصعوبات . ولم يتم إلا القليل من البحوث العملية لاختبار ثبات وصدق عمليات اتخاذ القرار فى التحليل الوظيفى (Haynes and O'Brien, 1990).

وما نقترحه هنا هو أن الجمع بين التحليل الوظيفى والوصفى معا سيكون ضروريا . ومن ثم فإن القائمة التالية من الفئات تمثل محاولة أولية لتوجيه الأخصائى الأكلينيكى للقيام بفحص إضافى موصوف فى الفصول التالية من هذا الكتاب . ويتعين تحسين التصنيفات من هذا النوع بتحليل وظيفى من النوع الذي سيتم عرضه . ونحن لا ندعى شمولية هذه القائمة ، التى تم تأليفها من عدد كبير من فئات التشخيص السيكايترية (مثال ذلك : جميعة الطب النفسى الأمريكية ، ١٩٨٧) والتصنيفات المفضلة فى التراث البحثى النفسى الأكلينيكى.

إذاً فالأخصائيون النفسيون الأكلينيكيون ضالعين بنشاط فى الفحص والعلاج للاضطرابات المزاجية (مثال ذلك : القلق والاكتئاب والمخاوف) واضطرابات الوساوس القهرية ، ضعف الأداء العقلى ، التوقف الشامل لأرتقاء المهارات العقلية والمعيشية ، ضعف ارتقاء بعض المهارات المعينة أو عجزها (مهارات الاعتماد على الذات مثل تنظيم الروتين اليومى ، أو إدارة ميزانية البيت) السلوك الاجتماعى بما فى ذلك التوكيدية المناسبة ، التحصيل التعليمى (مثل مهارات القراءة) اضطرابات السلوك مثل العدوان والسرقة ، ادمان الخمور والمخدرات وغيرها ، اضطرابات الشهية (الإفراط فى الطعام ، أو التناول غير السليم) ، الانحرافات التى تكون فيها الأشياء الشاذة هى مصدر الجاذبية الجنسية ، المشكلات الجسمية مثل الألم المزمن ، اضطرابات النوم ، اضطرابات شرايين القلب والتنفس ، رعاية الصحة الجسمية ، آثار التلف العصبى ، والتلف المخى على وجه الخصوص .

التحليل الوظيفى

يسعى الأخصائى الأكلينيكى من خلال التحليل الوظيفى لتحديد المنبهات الفارقة والمدعمات المرتبطة بظهور السلوك موضوع الأهتمام الأكلينيكى ، كما يحدد أيضا خصائص أو شروط الموقف الذى يحدث فيه السلوك ، وحيث يتم تسجيل ظهور السلوك المختار خلاله ، مع تسجيل المنبهات السابقة و التالية على هذا السلوك (Haynes and O'Brien 1990) على امتداد أسبوع مثلاً . وقد تتضمن المنبهات السابقة ما الذى يفعله الآخرون ، أو ظهور أشخاص معينين ، كما يمكن أن تتضمن المنبهات التالية شيئا ماديا يعطى للعميل أويحصل عليه ، أو حدثًا اجتماعيًا مثل المديح ، أو قيام الآخرين بالضحك . مثال ذلك عميلة تعانى من اضطراب فى صورة الم مزمن ، مثل آلام أسفل الظهر مثلا ، فإن ما تراه وتدركه على أنه غضب من جانب زوجها يتبعه على الفور شكواها من أنها تعانى من عدم الراحة . ونتيجة لذلك يصبح الزوج أقل استثارة ويتقدم عارضا على زوجته أن يعد لها قدحا من الشاى ، أو يصبح جزءًا عليها بطريقة أخرى .

ويُلقى التحليل السلوكى من هذا النوع الانتباه أيضا على تأثير أحداث الموقف والأنشطة أو المواقف الممتدة . مثال ذلك أن السياق السابق وصفه قد يظهر فقط فى وجود أشخاص آخرين فى الموقف .

(1) Functional analysis

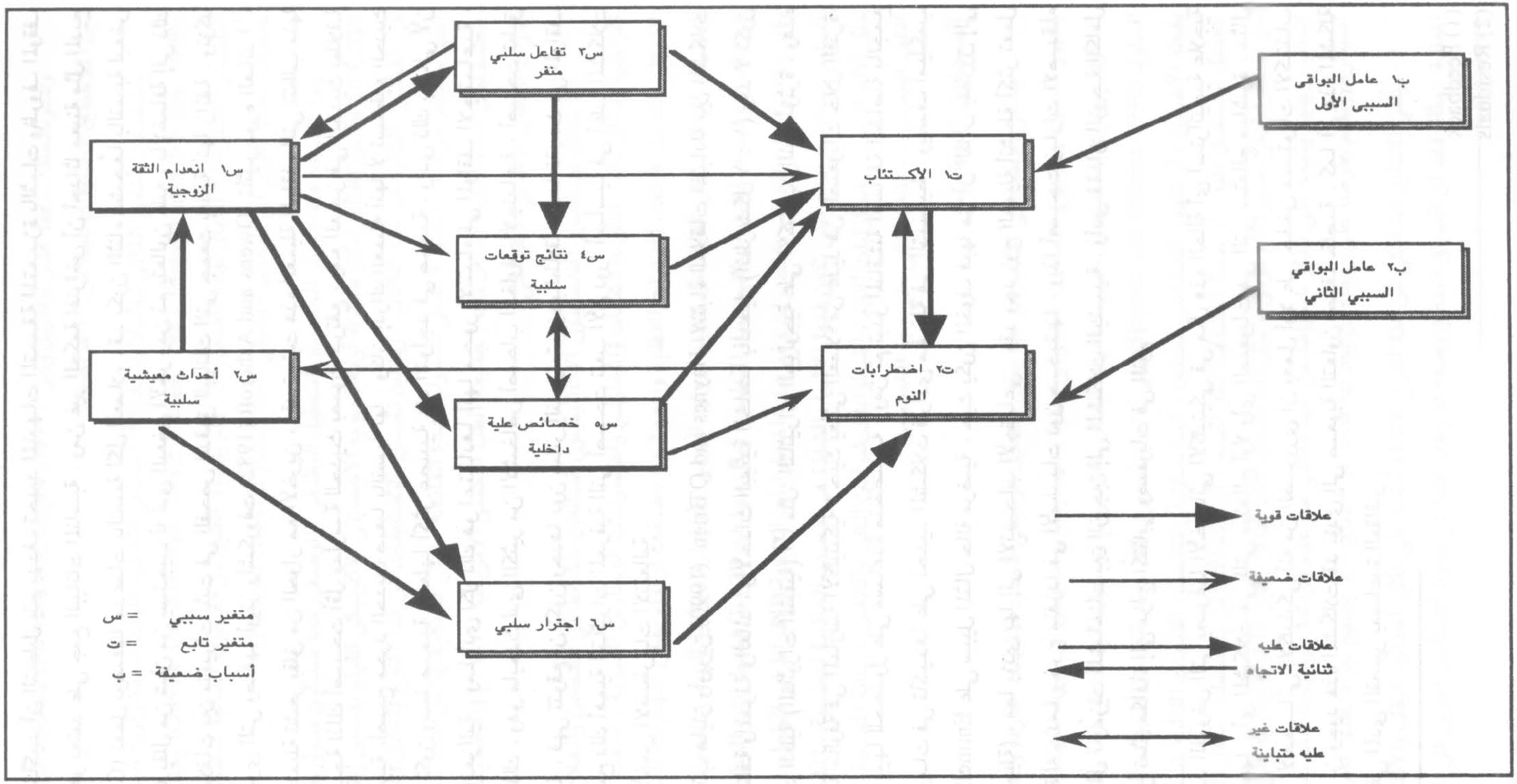
ويجب تأكيد أن التحليل يتم بهدف تحديد المنبهات المتسقة المتميزة بالثبات وظروف الموقف والمدعمات ، وهو يعتمد على جمع البيانات المناسبة . ومن غير الحكمة افتراض أن أحداثا معينة مثل المديح (Cullen, 1983) تعمل بوصفها مدعمات بالنسبة لكل العملاء . قد يكون الثناء مشجعًا بالنسبة لبعض العملاء ، ولكنه يقلل من شأن من يستجيب له لدى البعض الآخر ومن ثم يتعالون عليه . بالإضافة إلى ذلك يمكن إدراك علاقات بين متغيرات يثبت فى الفحص الدقيق للبيانات التى جمعت بعناية أنها زائفة . وتؤكد المفاهيم الأخرى التى وصفها أوينز وأشكروفت (Owens and Ashcroft (1982 تأثير دوره العائد (١) وهما يصفان عميلة تشعر بقلق من الحوار مع الآخرين ، وقد تجنبت هذه العميلة المواقف التى تتطلب منها الحديث . ونتيجة لذلك أصبحت أقل ممارسة للحديث بصوت مرتفع ، ومع العجز فى الحديث بطلاقة مرتبطا بالعصبية ،أصبح مجرد الحديث صعبًا بالنسبة لها . وكان إدراك العميلة أنها لا تستطيع الحديث بطلاقة عندما تكون وسط صحبة يجعلها أكثر عصبية عند التواجد فى صحبة ، وأدى ذلك بالتالى لأن تصبح أكثر انعزالية . ومـا أدى لكل ذلك هو اعتقادها أنها محور الانتباه فى المواقف الاجتماعية ، بالاضافة إلى ذلك ، وهو مايحدث لدى الكثير من الأشخاص أصحاب المخاوف الاجتماعية ، أصبحت تطبق معايير مزدوجة ، فهى تتوقع أن تكون وحدها دون سائر الناس متميزه بالطلاقة عندما تتحدث فى المواقف العامة . ويوضح ذلك أهمية التأثيرات المعرفية التى أصبحت تلعب الآن دوراً أساسياً فى أغلب المشكلات النفسية ، وبالأخص الاضطرابات الانفعالية .

وقد جذب هاينز وأوبرين (Haynes and O'Brien (1990 الانتباه للعلاقات المتبادلة بين المشكلات السلوكية المختلفة والمعرفة والعائد ، والأحداث البيئية الخاصة بالعميل (انظر شكل ١ : ١) وقد لا تكون بعض التأثيرات العلية (التأثيرات المتبقية) (٢) مثل التأثيرات البيولوجية على الاكتئاب والنوم مؤثرة . وهذه الصورة المركبة مألوفة فى الممارسة الأكلينيكية ؛ حيث يعانى العملاء من عديد من الصعوبات خلال الفترة، التى يسعون فيها للحصول على مساعدة متخصصة . ومن ثم تبدو المناقشة السابقة الخاصة بالجمع الأولى للمعلومات فى تأكيدها على تحديد المشكلات فرادى مفرطة فى التبسيط . ويصف اميلكمب (Emmelkamp (1982 على سبيل المثال حالة مرضية ، حيث يكون الخوف فيها من أن الناس ينظرون إلى الشخص (العميلة) ، مما يؤدى بها إلى الانسحاب الأجتماعى . وقد وجد زوج العميلة أنشطة أكثر تعمل بمثابة المكافأة له عندما يخرج منفردا فى الأمسيات دون صحبتها ، وبذا أصبحت زيارات الاصدقاء المنزلية أقل وأقل ، وعُزيت المشاحنات بين الزوجين إلى المشكلات الجنسية . وأدى فقدان الزوجة الكامل للأنشطة ، التى تمثل مكافأة إلى مزاج اكتئابى وصعوبات فى النوم .

وستحدد الفروض التى يصوغها الأخصائى الأكلينيكى فى مثل هذه الحالة أى استراتيجية علاجية يمكن استخدامها : أى المشكلات هى التى ستعالج أولا وأى الصعوبات هى التى ستعالج مباشرة . مثال ذلك قد يرى الأخصائى الأكلينيكى أنه من الضرورى أن يعمل أولا على خفض مستويات الاكتئاب والأرق ؛ حيث أن وجود هذه المشكلات قد يؤدى إلى صعوبة التعاون بصفة خاصة . كما أن هذه المشكلة يمكن علاجها فى المدى القصير بمساعدة العقاقير .

---

(1) Feedback
(2) Residuals



شكل (١-١) :نموذج التحليل الوظيفى السببى لعميل شكاواه الأساسية هى أرق مرحلة بدء الدخول فى النوم ، وانخفاض فى التفاعل الاجتماعى والسلوك الترفيهى.

Source : Clinical Psychology Review, 10, Haynes and O'Brien ,1990 : 662 © 1990. With kind permission of Elservier Science Ltd. The Boulevard. Langford Lane, Kidlington OX5 1GB, UK.

وكثيرا ما تساعد استجابة العميل للعلاج لاختبار الفروض ، وبالتالى فعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يكون مستعدا لصياغتها بمجرد تقدم العلاج . وقد تتغير ايضا العلاقة بين المتغيرات المختلفة و طبيعة المهام الأكلينيكية فى المقابل ، وقد وصف بارلو وماڤيساكليان Barlow and Mavissakalian (1981) كيف أن الشفاء من خواف الأماكن المكشوفة كان مصحوبا برضاء زواجي متزايد لدى بعض العملاء ، ولكنه كان مصحوبا بتناقص لهذا الرضا لدى عملاء آخرين ، ولهذا فإن فحوص تجارب الحالة المفردة (١) لهذه القضايا من الأمور بالغة الأهمية (انظر الفصل ٣٧ لـ Morley) .

ويتعين تجنب بعض مصادر التحيز المعينة عند جمع البيانات ووضع الفروض ، فحتى صحة الأحكام الأكلينيكية ودقتها يمكن ان تضعف رغم خبرة الشخص كأخصائى أكلينيكى ، وربما يتعين مع زيادة ثقة الأخصائى فى نفسه طرح الأحكام القائمة على الخبرة والحدس والمستندة إلى القليل من المعلومات غير الكافية (Watts, 1980) .

ومن ناحية أخرى ، ولحسن الحظ ، فإن الإشراف والعائد يمكن أن يساعد الأخصائيين الأكلينيكين فى جمع بيانات على قدر كبير من الدقة خلال المقابلة (Brown et al., 1982) . ويؤدى استخدام الأسئلة الدقيقة والمدققة فى موقف المقابلة لهذه النتيجة ، دون الإضرار بجمع المعلومات عن المشاعر والانفعالات (Coy et al., 1981, a;b) .

مصدر آخر للتحيز يمكن أن يوجد فى ميل الملاحظين لإعزاء أسباب السلوك لعوامل داخلية ، مثل الشخصية ، عوضا عن العوامل البيئية (Watson, 1982) كما يميل الملاحظون بالمثل للتأكيد على تأثير الأحداث الداخلية لدى العملاء لدرجة إهمال المستوى القاعدى من المعلومات والتقديرات الأخرى المرجحة إحصائيا (Tversky and Kahneman, 1982; Meehl, 1973) . ومن ثم فقد يركز الفاحص على الفحص المعرفى للعميل ، دون أن يضع فى اعتباره ترجيح سلوك معين ، سبق تقييمه فى دراسة وبائية .

ولهذا قد توجد بعض المميزات فى تذكر أن ما بين ١٢ - ٢٠ بالمئة من الرجال و ٢٠ - ٣٠ بالمئة من النساء على سبيل المثال يعترفون بخبرات اكتئابية فى وقت ما من حياتهم (Boyd and Weissman, 1982) وعلى سبيل المثال أيضاً فإن ما يصل لحوالى ٨ بالمئة من الراشدين في المملكة المتحدة لديهم مشكلة افراط خطير فى المشروبات الكحولية وسيكون الترجيح بالزيادة لدى من هم أصغر ، وغير المتزوجين أو المطلقين من الذكور وأصحاب المشكلات الاكتئابية (Office of Health Economics, 1981).

تقييم القدرة المعرفية

من النادر الآن القيام بفحص روتينى للقدرات المعرفية المهمة كالذكاء والذاكرة على وجه الخصوص . ويستثنى من ذلك الفحص النفسى العصبى (٢) وفحص الأطفال . وما نقترحه هنا هو وجوب القيام بمثل هذا الفحص فى حالة واحدة فقط ، وهى الحالة التى يمكن أن تؤدى فيها البيانات إلى تنبؤات واضحة . من ذلك أن التحصيل التعليمى ، فى القراءة والمهارات العددية بالذات يمكن التنبؤ بهما بقدر محدود من الصحة من تقييم نسبة الذكاء على اختبار وكسلر المعدل للراشدين (٣) (Frank, 1983) كما أن التنبؤ بالأداء المهنى ، وتحديد الوظيفة التى ستكون الأكثر مناسبة للعميل يمكن أيضا أن يفيد من المعلومات المستخلصة من بيانات اختبارات الذكاء (Salmon, 1970) .

(1) Single Case experimental investigation
(2) Neuropsychological
(3) WAIS-R

ومن المعترف به أن اختبار وكسلر المعدل للراشدين والاختبارات الأخرى المفضلة لدى علماء النفس العصبي (١) لا تتوفر عنها إلا بيانات صدق محدودة تساعد على التنبوء بالأداء اليومى للعملاء (Heaton and Pendleton, 1981) . وتفشل مثل هذه الاختبارات فى تقديم الإجابة عن سؤال : ما الدرجة المطلوبة على هذا الاختبار للتنبوء أن العميل سيكون قادرا ، مثلا على استئناف عمله بطريقة ناجحة . ومن غير المرجح إمكان الإجابة بطريقة صحيحة عن تساؤلات الإحالة المتعلقة بالتنبؤ بقدرة العميل على ممارسة المهارات المنزلية لرعاية الذات من معلومات اختبارات الذكاء، والأكثر مناسبة فى هذه الحالة هو فحص هذه المهارات مباشرة بواسطة مقياس هال وبيكر لإعادة التأهيل (٢) على سبيل المثال (Hall and Baker, 1983) .

وبعض قضايا التشخيص المعينة التى ظلت موضوعا للفحص السيكومترى لزمن طويل ، ومنها على سبيل المثال قضية التمييز بين الآثار التى ترجع إلى التلف المخى ، وتلك التى ترجع إلى الفصام ، أو التمييز بين الاكتئاب وبعض مصادر العجز الأخرى تعد هى الأخرى من القضايا الجديرة بالاهتمام و هي من القضايا التى يمكن بحثها باطمئنان بواسطة اختبار وكسلر المعدل للراشدين ، وبيانات اختبارات الذاكرة (Heaton et al., 1979; Miller, 1975) وهكذا يبدو أن هذه الأختبارات مهجورة أيضا على نطاق واسع حتى بالنسبة لهذه الأعراض ، وعلى الرغم من ذلك ، فحيثما يمكن القيام بتنبؤات غير دقيقة من بيانات نسبة الذكاء فإن اختبارا سريعا مثل المصفوفات المتدرجة لريفن (Raven, 1992) ومقياس الميل – هيل للمفردات (٣) (Raven, 1994) سيكون مناسبا . وقد يكون الأخصائى الأكلينيكى شغوفا تحت ظروف معينة بمعرفة ما إذا كان تدخلا طبيا أو جراحيا أدى إلى إضعاف أداء العميل فى الانشطة اليومية ، وفى هذه الحالة يمكن استخدام مجموعة واسعة المدى من اختبارات القدرات تتضمن وكسلر المعدل للراشدين واختبارات الذاكرة . ومع ذلك ، نكرر مرة أخرى أنه يتعين تفسير التغيرات فى نتائج مثل هذه الاختبارات بحرص . مثال ذلك أن اختبارات الذاكرة قد لا تعكس مهارات العميل فى التذكر فى الحياة اليومية (Erickson and Scott, 1977) . وكثيرا مايهتم الزملاء من الأطباء بفحص العميل لتعرف التلف المخى ، وهم يطلبون إجراء اختبارات نفسية لهذا الغرض ، وعلى الرغم من الاعتقاد المنتشر على نطاق واسع والإصرار من جانب الأكلينيكيين على أن التعارض بين نسبة الذكاء اللفظية والأدائية يمكن أن يكشف عن التلف المخى دون الأخذ فى الأعتبار موضع هذا التلف ، فإن هذا الأمر لا يلاقى تبريرا (Todd et al., 1977; Godden, 1979). مثال ذلك أن تود Todd وزملاءه قاموا بفحص نسب الذكاء المستخلصة من اختبار وكسلر للراشدين لدى خمس مجموعات من المفحوصين ممن ظهر من الفحص العصبى أن لديهم تلفًا مخيًا سواء فى نصف الكرة الأيمن أو الأيسر ، أو تلف منتشراً ، أو تلفًا مخيًا غير محدد الموضع ، وتكونت المجموعة الضابطة من مرضى سيكاتريين ، ولم تظهر أية فروق دالة فى مقدار التعارض بين الذكاء اللفظى والادائي عند هذه المجموعات . لهذا استخلص المؤلفون أن التعارض على مؤشر وكسلر للراشدين (وهو التميز فى نسب الذكاء اللفظية على الأدائية) هو محدد غير حساس للتلف المخى أو لتحديد موضع مثل هذا التلف .

وتدعو البحوث الحديثة إلى تحديد البنية العاملية لاختبار وكسلر للراشدين بما يمكن من التمييز بين التلف المخى فى الجانب الأيمن والتلف المخى فى الجانب الأيسر . (Canavan and Beckman, 1993) .

---

(1) Neuropsychologists
(2) Hall and Baker Rehabilitation Assessment
(3) Mill-Hill Vocabulary test .

غير ان هذه الدعوى تبدو مضللة . وقد قدم نيلسون (Nelson, 1991) أساليب أخرى للكشف عن العجز فى القدرات المعرفية والذى يمكن أن يكون مرتبطا بالتلف المخى ، وفيها يستخدم اختبارا للقدرة على القراء هو «اختبار القراءة الوطنى للراشدين» (١) للتنبوء بنسبة الذكاء قبل المرضية ، غير أن الخطأ المعيارى (٢) لهذا التنبؤ كبير ، وبالتالى فإن التنبؤ بواسطة مقياس كامل لنسبة الذكاء سيكون فى حدود ± ١٥ نقطة ذكاء عند مستوى ثقة ٩٥ فى المئة .

ضعف الأداء الاجتماعى

ربط عدد من المؤلفين (مثل Brown and Harris, 1978) بين ظروف المعيشة غير الملائمة والاضطراب السيكايترى . وقد وجد هذان المؤلفان أن الاكتئاب لدى النساء مرجح بدرجة أكبر إذا لم تكن لديهن وظيفة خارج البيت وكان لديهن أربعة أطفال أو أكثر ، ويفتقدن الثقة فى أنفسهن . بينما لاحظ مؤلفون أخرون مستويات ضعيفة فى الدخول وفى ظروف المعيشة والأنشطة الترفيهية ، والاتصالات الاجتماعية والوظيفية (Cooper, 1973) . وقد يكون ذلك ناتجا عن الاضطراب السيكايترى أو مترتبا عليه .

ومع ذلك فإن قرار التدخل يعتمد على المدى الذى يبدو فيه أن صعوبات العميل يمكن أن تعزى إلى مثل هذا الضعف . مثال ذلك إذا كانت إعاقة العميل تتضمن ، نتيجة لقلقه من السفر باستخدام وسائل المواصلات العامة ، عدم قدرته على السفر إلى خارج البلاد فى الإجازات ، فلايمكن النظر إلى هذه المشكلة بالقدر نفسه من الإلحاح الذى ينظر به إلى مشكلة عميل أخر غير قادر على السفر للعمل ، والذى قد يتعرض زواجه نتيجة لذلك إلى المتاعب .

ويصف الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للأمراض العقلية (٣) DSM-III-R. (American Psychiatric Associatioon, 1987) مقياسا رتبيا مختصراً هو مقياس مجمل الأداء (٤) يتضمن الخطوط العريضة لمجالات الأداء الاجتماعى ، التى يمكن قياسها للوصول إلى درجة كلية ، وتوجد تعليمات توضح طريقه إكمال هذا المقياس فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل . ويتوفر من خلال المقابلات المقننة قياس أكثر شمولا للأداء الاجتماعى . هو تقدير أداء الشخصية الراشدة (٥) (APFA; Hill et al., 1989) ولهذا الأسلوب تقييم سيكومترى شامل ، إلا أنه بطئ للغاية بما لا يناسب الاستخدام الأكلينيكى الروتينى .

وقد وصف كلار وكيرنس Clare and Cairnes (1978) مقابلة شخصية مقننة تستغرق ٤٥ دقيقة يتم خلالها تقييم عدة مجالات تتعلق بالظروف المادية وإمكانات العميل ورضائه ، مثل : الظروف المنزلية ، والعمل مصحوبا بالقواعد الاجتماعية ، والوضع الاقتصادى مع الترفيه ، والنشاط الأجتماعى ، والأسرة ، والعلاقات الزوجية .

ويذكر المؤلفان أن لهذا الأسلوب ثباتًا «بين الملاحظين» (٦) مرتفع لأغلب البنود على عينة من أربع

---

(1)The National Adult Reading Test
(2) Standard error
(3) Diagnostic and Statistical Manual - III-R
(4) Global Assessment Functioning
(5) The Adult Personality Funcioning Assessment
(6) Inter-Observers .

ملاحظين . ومع ذلك فمن غير الواضح الكيفية التى تميز بها بعض هذه المقاييس الرتبية أو إلى أى درجة تتأثر بالتحيزات . يبدو ذلك على وجه الخصوص فى المقاييس المصممة لقياس مستوى رضاء العميل وإنجازاته فى عديد من الأنشطة (قارن المناقشة المتعلقة بالخصائص الإحصائية للفحص والمقاييس التى ستأتى فيما بعد فى هذا الفصل) . ومع ذلك فإن المجال الواسع للمقابلة يوفر موشرات مفيده للتقصى حول الضعف المصحوب بأضطراب نفسى .

ويصف كوبر وزملاؤه (1982) .Cooper et al بطارية تقديرات ذاتية تغطى مضمونا مشابها . نشرت صورتها المبكرة فى الولايات المتحدة . (Weisman and Bothwell, 1976) ويغطى المقياس مستويات الأداء فى العمل (داخل البيت وخارجه) والعمل المنزلى ، والأنشطة الاجتماعية و الترفيهية ، والعلاقات مع بقية افراد الأسرة .

التقييم المهـــنى

تتضمن بطارية اختبارات تقييم التدريب والعمل [1] (ATE; Psychological Corporation, 1992) عددا من الأختبارات لتقييم المهارات الأساسية لدى الراشدين مثل الأعداد والقراءة والاستعدادات ذات الصلة بالعمل والاهتمامات المهنية ، والسلوك الاجتماعى المناسب للعمل . وبها اختبار مختصر يسمح للأخصائى الأكلينيكى باختيار الاختبارات المناسبة للقياس الموسع .

تقييم القراءة والعد فى بطارية تقييم التدريب والعمل ATE

تسمح اختبارات الورقة و القلم ذاتية التطبيق للأخصائى الأكلينيكى بمقارنة أداء العملاءعلى الاختبارات الأساسية للمفردات والقراءة والفهم وعمليات العد ، وحل المشكلات . ويجب اعتماد هذه الاختبارات فى تحديد ما إذا كان العميل يحتاج للمساعدة لزيادة تحصيله فى القراءة والعد نتيجة للانقطاع عن الدراسة مثلا ، وحيث يمكن أن يعزى القلق الاجتماعى وغيره من الصعوبات فى مرحلة الرشد لمثل هذه الآفات .

ويمكن مقارنة الدرجات على الاختبارات الأساسية بالمعايير ، بواسطة تحويلها إلى مئينات اعتمادا على بيانات عينة التقنين التى تبلغ حوالى ٨٠٠ مفحوص اختبروا أثناء اشتراكهم فى التدريب المهنى والتدريب الشبابى على امتداد المملكة المتحدة . إلا أنه من غير الواضح الكيفية التى اختيرت بها هذه العينة ، وأى مستويات القدرة وفق تحديدها باختبارات الذكاء العام اختيرت لتمثيلها ، وبالتالى فالتنبوات القائمة على هذه الاختبارات حول أى مستويات القدرات العددية والقرائية يمكن توقعها من العميل ، وفق درجاته على اختبارات الذكاء ، مثل وكسلر المعدل للراشدين أو المصفوفات المتدرجة لريفن يتعين أن تتم بحرص . وبالتالى فمن غير الواضح إذا كانت درجة متوسطة لعميل على وكسلر المعدل للراشدين (نسبة ذكاء حول ١٠٠ على المقياس كاملا) تجعل من المتوقع وصوله إلى أداء متوسط على بطارية اختبارات تقييم التدريب والعمل الأساسية ATE .

(1) Assessment of Training and Employment (ATE)

اختبارات الاستعدادات الفارقة فى بطارية تقييم التدريب والعمل.

قصد بتصميم اختبارات الأستعدادات الفارقة [1] (DAT) قياس ثمانية استعدادات أساسية هى : الأستدلال اللفظى ، القدرة العددية ، الاستدلال المجرد ، السرعة والصحة الكتابية ، الاستدلال الميكانيكى، القدرة على إدراك العلاقات المكانية ، القدرة على الهجاء ، واستخدام اللغة ، ولهذه الاختبارات تاريخ طويل كما أنها مقننة على عينات من المملكة المتحدة ، وهى على الأرجح أفضل اختبارات يمكن استخدامها مع المرضى لأنها غير محددة الوقت.

الإرشاد المهني : توفر بطارية تقييم التدريب والعمل ATE مؤشرات عريضة لاقتراح الوظيفة المناسبة للعملاء اعتمادا على تقييمهم بالاختبار المشار إليه . وفى ضوء التاريخ التعليمى للعميل وأجاباته على اختبارات الاهتمامات المهنية وبطارية الصفات الشخصية [2] .

المساندة الاجتماعية : مقياس الآخرين ذوى التأثير [3] (SOS) .

كثيرا ما يُعتقد أن سعى الاشخاص الذين يعانون من الكرب للحصول على العون المهنى المتخصص إنما يعزى لافتقادهم المساندة الاجتماعية الفعالة من الأصدقاء والأقارب . وهذه المساندة الفعالة من الأصدقاء والأقارب ذات عون كبير فى مساعدة هؤلاء الناس على الشفاء من الكرب الحاد ، أو التعامل معه دون حاجة للعون المهنى . وقد يساعد الأخصائيون الأكلينيكيون المرضى فى الحصول على هذا النوع من المساندة . وقد يكون مقياسا أساسيا للمساندة الاجتماعية مثل مقياس الآخرين ذوى التأثير مفيدًا فى ذلك (Power et al., 1988; Reproduced by Milne, 1992) وقد صمم مقياس الآخرين ذوى التأثير (SOS) لقياس الدعم العاطفى والعملى ، الواقعى والمثالى . والدعم المثالى هو القدر من الدعم الذى يعتقد العميل فى ضرورته «إذا .. سارت الأمور بالضبط كما تتوقع ... » . وهناك صورتين ، طويلة وقصيرة لمقياس الآخرين ذوى التأثير . ويُسأل العميل فى كليهما أن يذكر أسماء ، حتى ستة أشخاص يعرفهم ، وأن يقوم بترتيبهم على مقياس من سبع نقاط (بدءاً من إطلاقا حتى دائما) فى مقدار اعتماده عليهم لتقديم العون (المساندة الفعلية) أو مقدار مايتوقعه منهم من عون (المساندة المثالية) وذلك فى عدد من الأنشطة . مثال ذلك أن يطلب من العميل وصف مرات حصوله على المساندة من «س» من الناس واعتماده عليه فى الأوقات الصعبة . وثبات إعادة الاختبار لهذا المقياس متوسط (Power et al., 1988) كما اختبر صدقه بطرق مختلفة من بينها القدرة على التمييز بين المجموعات المختلفة (طلاب جامعيين ، مسنين ، راشدين من المصابين بمرض باركنسون ، وأولئك الذين يقومون برعايتهم) ممن أعتقد المؤلفون أنه سيميز بين إدراكهم الواقعى والمثالى للمساندة الاجتماعية (Milne, 1992) .

ويعد مقياس الآخرين ذوى التأثير فى مراحل التطور المبكرة ، والحاجة ماسة لتوفر بيانات لاختبار صدقه وثباته . وبالإضافة إلى ذلك فمن الصعب التنبؤ بأى مستوى من المساندة الاجتماعية هو المرغوب . ويعتقد المؤلفون أن التعارض (الفرق) بين المساندة المثالية والواقعية يتعين أن يكون فى حده الأدنى . ومن

(1) Differential Aptitude Tests (DAT)
(2) Personal Qualities Inventory
(3) The Significant Others Scale (SOS)

المؤكد أن خبرة مساندة أقل بكثير مما يعتبر مثاليا يمكن أن تكون مصدرا للكرب بالنسبة لبعض العملاء. ومع ذلك فبعض العملاء يمكنهم الجدال فى أن المساندة التى يتعين أن يحصلوا عليها هى التى سترضيهم أكثر فى وضعهم الراهن. ويبدو من المؤكد أن المسنين يميلون لهذه الوجهة من النظر (lam and Power, 1991) ويُلتقَى خلال الممارسة الأكلينيكية بالكثير من العملاء ممن يكونون معزولين تماما عن أى مصدر للعون. بينما سيكون لدى البعض الأخر عدداً من الأصدقاء والأقارب الذين يعتمدون عليهم. وسيكون من الضرورى، من ناحية أخرى، تقرير إذا ما كان هذا العون مفيدا، أوترجيح استمراره بقدر الإمكان طالما صعوبات العميل مازالت مقاومة. ويفقد الكثير من المرضى من أصحاب الصعوبات المزمنة المعاونة التى يعتمدون عليها أساساً أو يعارضونها.

اتخاذ القرار الأكلينيكى

أشارت المناقشة السابقة لبعض العوامل المؤثرة فى القرار الأكلينيكى، من ذلك العلاقة الوظيفية بين صعوبات العميل الأساسية وبين المتغيرات الأخرى، وكذلك درجة العجز التى يبدو أنها نتجت عن هذه الصعوبات. كما يتعين أن تؤخذ فى الحسبان بعض الأسئلة الأخرى. وسيكون القرار الأول هو ما إذا كان العلاج مطلوباً أم لا. لهذا سيكون من الضرورى الإجابة عن السؤال التالى: ما الثمن الذى سيدفعه العميل والآخرين إذا تركت صعوباته دون علاج؟ هل سيكون العميل أكثر أم أقل بؤسا؟ أو هل سيسبب العميل كربا أكثر للآخرين إذا ظلت مشكلاته دون علاج؟ وفى مقابل ذلك السؤال عن التكلفة الناتجه عن التدخل المتوقع كما لو كنا إزاء حالة استئصال ورم مبكر مثلا. ويتعين أيضا أن توضع فى الاعتبار درجة حدة المشكلة، على الرغم من أنه من النادر أن يكون هذا العامل معزولا عن المتغيرات التى سبق الإشارة إليها. ويمكن قياس حدة المشكلة بواسطة مقارنة قياسات المتغيرات موضوع الاهتمام بالبيانات التى سبق الحصول عليها من مفحوصين آخرين مشابهين فى العمر والخصائص نفسها. أى إجراء مقارنة معيارية. وسيكون من المفيد بالتالى أن يعود الأخصائى الأكلينيكى لجداول المعايير للمتغيرات المعينة، ويقرر بناء عليها القيام بالعلاج إذا ظهر أن العميل يعانى من متاعب استثنائية فى المتغير المستهدف (Harman et al., 1979) مثال ذلك إذا كان العميل ضعيف المهارة بصورة واضحة فى القراءة عن عملاء آخرين فى العمر نفسه والخلفية الاجتماعية نفسها، والقدرة ذاتها فسيكون من المناسب تمرينه على المهارات القرائية (Rutter and Yule, 1977) وسيكون ذلك مهما على وجه الخصوص طالما يدرك العميل أنه أقل انجازاً من أقرانه.

وكما سبق الإشارة فإن العملاء قد يظهرون صعوبات أساسية متعددة يمكن أن تكون جميعها أهدافا للتدخل العلاجى. ويتعين أن يتخذ فى هذه الحالة القرار المتعلق بأى منها سيكون صاحب الأولوية على أساس العلاقات الوظيفية. غير ان الشدة النسبية للمتغيرات المختلفة يتعين ايضا أن توضع فى الاعتبار.

ولتحديد هذه الشدة النسبية يجب أن تكون البيانات الخاصة بالمتغيرات المختلفة فى صورة تسمح بالمقارنة. نقصد بذلك أن تتوفر عنها الدرجات المعيارية المستخلصة من توزيع اعتدالى لعينة التقنين (Guilford and Fruchter, 1981) وإذا كان للمتغيرات التى قيست معايير فى مجموعات معيارية مختلفة فيجب أن تكون جميعها متشابهة فى بنيتها، وتشيع المقارنات من هذا النوع فى اختبارات الشخصية (Harris, 1982) وقد سبق أن اوصى بها فى بطارية مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية (Meehl, 1973)

ولكن يبو أن التقنين الضعيف (من حيث الفروق فى العينات ، وغياب الدرجات المعيارية ، وعدم اعتدالية توزيع البيانات) يجعل من الصعب فى مجال الممارسة الأكلينيكية المقارنة بين درجات العميل على المقاييس ذات الاستخدام العام . مثال ذلك مقياس الكرب والتجنب الاجتماعى ، وبطارية بيك للاكتئاب (انظر جدول ٢ : ١) فبينما تبدو مثل هذ المقارنة ضرورية لتقييم حالة تكون صعوبات المخاوف من الأماكن المفتوحة [١] هى المشكلة لديها ، ومثل ما يتطلب العلاج المعرفى للاكتئاب (انظر Bradley الفصل السادس) تقييما لإمكانات العميل فى التوكيدية إلا أن المقارنات الأكتوارية [٢] بين مقاييس كهذه وبين القلق والاكتئاب لابد أن تنطوى على مخاطر . فمقاييس التقدير الذاتى للتوكيدية ذات صدق ضعيف (Arkowitz, 1981) كما أن بطارية بيك للاكتئاب [٣] (BDI) أظهرت ارتباطات دالة بمقاييس القلق (Beck et al., 1988) .

ولسوء الحظ وكما سبق الإشارة إلى ذلك من قبل ، فمن المرجح أن التقديرات الأكلينيكية حول الشدة النسبية للصعوبات المختلفة عرضه لخطأ جوهرى . ولهذا السبب أيضا يتعين مراقبة مثل هذه المتغيرات باستمرار ،وأن تكون موضوعا للتحليل التجريبى للحالة المفردة [٤] (انظر Morley الفصل السابع والثلاثين) .

المتطلبات الإحصائية للفحص النفسى

يدور عديد من المناقشات حول متطلبات الفحص النفسى فى العمل الأكلينيكي (Ghiselli et al., 1981 Anastasi, 1988; Cronbach et al., 1972; Cone, 1981) ومن ثم فإن هذه المراجعة ستتركز حول عدد من القضايا التى يبدو أنها ذات أهمية جوهرية فى الممارسة الأكلينيكية . وقد وصف مورلى Morley الإجراءات الإحصائية المتعلقة بتجربة الحالة الفردية فى الفصل السابع والثلاثين .

وتتوفر المصادر الأساسية لبيانات المتغيرات المثيرة للأهتمام أثناء المرحلة الثانية فى الفحص الأكلينيكى من خلال التقارير الذاتية التى يقدمها العميل وفى الملاحظات التى سجلها الأخصائى الأكلينيكى أو سجلتها الأطراف الأخرى مثل فريق العناية أو أسرة العميل . كما قد تتاح أحيانا بيانات من إجراءات سابقة الإعداد مثل قوائم الملاحظة وبطاريات الاستخبارات ومقاييس التقدير والاختبارات . وقد يبتكر الأخصائى الأكلينيكى فى ظروف معينة إجراءات لأهداف محددة . وستشير المناقشة التالية إلى الاعتبارات البارزة فى اختيار وتكوين هذه الإجراءات .

الصــــــدق

هل يؤدى الإجراء المستخدم إلى الكشف عن المتغير الذى أعد لتحديده ويقيسه ؟

أولا هل يقيس كل الجوانب المختلفة التى يعتقد أنها تصف المتغير موضوع الأهتمام ، بمعنى هل لإجراءات القياس صدق مضمون [٥] (Linehan, 1980) . مثال ذلك انه يجب على الأخصائى الأكلينيكى

---

(1) Agoraphobia
(2) Actuarial Comparisons
(3) Beck Depression Inventory (BDI)
(4) Single - Case experimental Analysis
(5) Content Validity

أن يتأكد عند ابتكار قائمة لوصف السلوك العدوانى لدى العميل أنها تتضمن كل أشكال السلوك التى يعبر عنها العميل فى هذه الفئة السلوكية وأنها متضمنة بالتفصيل . مثال ذلك ضرب الآخرين ، وإلقاء الأشياء وقذفها والدفع والصراخ .

هل للمقياس صدق تقريرى [1] (Campbell and Fiske, 1959) بمعنى هل يرتبط ارتباطا مرتفعا بمتغير أخر لصيق العلاقة بالمتغير موضوع الاهتمام ؟ مثال ذلك إذا كانت لدينا قائمة يعتقد أنها تحدد كل الطقوس والأفعال القهرية التى يقوم بها العميل وتعطل نشاطا معينا . فيجب أن تتوفر من خلالها بيانات ترتبط ارتباطا مرتفعا مع مقدار الوقت الذى ينفقه العميل لاستكمال هذا النشاط .

هل للإجراء صدق تمييزى [2] أى كيف يقيس الاختبار بشكل متسق المتغير الفرضى [3] موضوع الاهتمام . مثال ذلك إذا كانت لدينا قائمة صممت لقياس الألم [4] فيتعين أن تتضمن بنودا لا ترتبط ارتباطا مرتفعا بعضها مع البعض . وقد ترتبط بيانات بعض البنود معا بأرتباطات مرتفعة . وقد تصف هذه البنود الإحساسات مثل الوخز أو الارتجاف ، بينما يجب أن لاترتبط البنود الأخرى التى تقيس القسوة أو العقاب مثلا أرتباطا مرتفعا بها ، وهى البنود التى قد تصف متغيراً يمكن اعتباره مكوناً وجدانياً للخبرة (Melzack and Wall, 1988) .

الثبـــــات

عندما يحصل عميل على درجة معينة على بطارية أو اختبار أو مقياس . فيجب أن نتذكر أن هذه الدرجة عرضه لأخطاء التعيين [5] . وعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يعتبر أن الدرجة (التى توصف بأنها الدرجة الحقيقية فى نظرية الاختبار [6] التقليدية) التى سيعتمد عليها قراره ستقع فى موضع ما فى مدى معين من الدرجات التى تم الحصول عليها ، وهو المدى الذى يتحدد بالخطأ المعيارى [7] للقياس لهذا المقياس (Ghiselli et al., 1981) .

ويصف جيلفورد وفروختر Guilford and Fruchter (1981) إجراءات التنبؤ بالدرجات الحقيقية فى حدود مستويات ثقة معينة . ويساوى الخطأ المعيارى لدرجة ما $ع_{ت} = \sqrt{١ - ر_{ت}^{٢}}$ حيث $ع_{ت ت}$ هى الانحراف *المعيارى للمقياس ، $ر_{ت ت}$ هي ثبات المقياس . ويتعين على الأخصائى الأكلينيكى أن يعرف أنه إذا كان من الممكن الحصول على عينة متكررة من الدرجات للمفحوص فإن ٩٥ في المئه من هذه الدرجات سيقع في المدى الخاص بضعف الخطأ المعياري سلبًا وإيجابيًا ، بمعني آخر يجب علي

* ذكرت في النص الأصلي أن ع ت ت هي ثبات المقياس ، وصحتها هي ماأوردناه في السياق من أن $ع_{ت ت}$ هي الإنحراف المعياري ، $ر_{ت ت}$ هي معامل الثبات .

(1) Convergent validity
(2) Divergent validity
(3) Hypothetical variable
(4) Pain
(5) Sampling errors
(6) Test theory
(7) Standard error

الأخصائي الأكلينيكي أن يعرف أنه عند مستوي ثقة ٩٥ في المئه ستقع درجة المفحوص الحقيقية . وحيثما يكون من الممكن الحصول على أكثر من تقدير لدرجة العميل على متغير ما ، فإن الخطأ المعيارى للمقياس يتناقص بقدر ما نحصل عليه من تقديرات . ويمكن إنجاز ذلك من خلال تطبيق العديد من بنود الاختبار المتجانسة (Ghiselli et al., 1981) وقد تم إيضاح ذلك فى بطارية حالة – سمة القلق [1] (Spielberger et al., 1983) . وفيها يطلب من العميل أن يصف خبره القلق من خلال استكمال عدد من مقاييس التقديرات في تعاقب سريع .

ومن ثم فإن أحد مصادر تحديد إمكانات المقياس لتوفير تقدير للدرجات الحقيقية بأدنى قدر من الخطأ هو ثبات الاتساق الداخلى للمقياس (Guilford and Fruchter, 1981) والذى يمكن تقديره من الارتباط بين كل بند وبقية الدرجة الكلية على المقياس – الارتباط بين البند والبقية .

وهناك طريقة أخرى للقيام بهذا التنبوء نفسه هى ثبات الصور المتكافئة أو المتزامنة [2] ، والتى تقدر بحساب الارتباط بين صور المقياس .

ويمكن استخدام أسلوب ثالث يطبق فى حالة المتغيرات ، التى يكون الاستقرار عبر الزمن هو محك ثباتها ، وهو ثبات ، اعادة الاختبار ، والذى يقدر بحساب الارتباط بين الدرجات المستخلصة من المقياس نفسه مطبقا فى ظروف مختلفة .

ويتعين هنا تأكيد أن مثل هذه التحليلات الأرتباطية والمعبر عنها بهذه الصياغات خاصة بالأهداف السيكومترية . وعلى الأخصائى الأكلينيكى أن لا يغفل عن أن هذه المعاملات هى الأخرى عرضة لأخطاء التعيين . ومرة أخرى فإن الثبات الحقيقى سيقع فى نطاق مدى معين يتحدد بالخطأ المعيارى لمعاملات الارتباط . مثال ذلك أن الخطأ المعيارى لمعامل ارتباط العزوم [3] يتناقص مع حجم الارتباط المحسوب (ر) وعدد الملاحظات (ن) التى حسب على أساسها هذا الارتباط وفقًا للمعادلة الآتية :

$$\text{الخطأ المعيارى} = \frac{1 - \text{ر}^2}{\sqrt{\text{ن} - 1}}$$

ويوضح جدول ٢ : ١ هذه النقاط لعدد من الاختبارات والمقاييس وكثيرا ماكان يشار إلى أن صدق المقياس يعتمد جزئيا على ثباته ، ومع ذلك فإن اختبار ذا ثبات «بين الملاحظين» مرتفع قد لا ينبئ على الوجه الصحيح ، عن وضع العميل على المتغير الذى يقيسه فقد توجد على بعض المتغيرات فروق منتظمة بين الملاحظين ، فعلى سبيل المثال يمكن أن نجد أن بعض الملاحظين يمنحون درجات منخفضة بصورة متسقة على قائمة ملاحظة ذات ارتباط مرتفع بين الملاحظين ، مما يمنح ملاحظون آخرون (Rutter and Cox, 1981) كما يمكن ان توجد أمثلة أخرى لمثل هذا التضارب فى المقارنات بين الأخصائيين الأكلينيكيين وملاحظات العميل (مثال ذلك : Cooper et al., 1982) .

وقد استخدمت هذه الأمثلة التوضيحية لصحة القياس لتحسين كفاءة الثبات ، إلا أن الصدق (صحة القياس) أيضًا يمكن أن يكون محدود الصحة . مثال ذلك إذا كان لدينا مقياسين لهما صدق

(1) State-Trait Anxiety Inventory
(2) Alternate or parallel forms .
(3) Product Moment Correlation

تقريرى مرتفع ، فقد يتضمنان ايضا تضاربا منتظما ، فإذا وضعنا فى الأعتبار مثلا تقديرات مختلفة للوقت الذى يحتاجه المفحوصون لكى ينتابهم النوم بعد إصدار إشارة معينة لهم . فقد يرتبط الوقت الخاص بالمرحلة الأولى بتسجيل رسم كهرباء المخ [١] (EEG) للنوم إيجابيا بوقت حدوث النوم الذى يذكره المفحوصون أنفسهم (انظر Lindsay and Jahanshahi الفصل ٣٠) ورغم ذلك فكثيرا ما يعطى بعض المفحوصين تقديرات مبالغ فيها بالمقارنه بمحك الـEEG للوقت الذى استغرقوه للبدء فى النوم . ولهذا ، وعلى الرغم من ان هذه المقاييس الخاصة بالأرق [٢] مرتبطة ارتباطات ايجابية فإنها تختلف اختلافات منتظمة ، وقد يكون من بينها متغير اكثر دقة للأرق من المقاييس الأخرى .

غير انه من الصعب تحديد أيهما هو الذى يؤدى إلى التقدير الأكثر صحة . وعلى هذا فإن معاملات الارتباط المرتفعة والثابتة والقياسات الأخرى لدرجة الاتفاق ضرورية ، ولكنها غير كافية لدعم ثبات وصدق إجراءات التقدير فى الفحص الأكلينيكى ، كما أن مقاييس الفروق مثل اختبارات «ت» [٣] ضرورية أيضا . ويعد مقياس كابا [٤] أكثر مناسبة من معاملات الارتباط بوصفه مقياس للاتفاق ؛ نظرًا لسماحه بتقدير تأثيرات الصدفة (Siegel and Castellan, 1988) وقد يحدث صراع عند محاولة دعم صدق وثبات مقياس ما . مثال ذلك أنه لكى نرفع من صدق مضمون مقياس ، قد يكون من الضرورى زيادة عدد مفردات عينة الخصائص المختلفة التى يتضمنها ، ويؤدى هذا بالتالى إلى خفض الاتساق الداخلى للأختبار (Ghiselli, et al., 1981) . ولهذا يتعين أن تكون النتيجة حلا وسطا بين صدق المضمون وثبات المقياس ، وبالأخص إذا كانت محاولات تأكيد أن كليهما مرتفع ستؤدى إلى اجراءات فحص طويلة وغير دقيقة . وقد سبق الإشارة لهذا الصراع فى الحديث عن المقاييس التى تسعى إلى قياس الاكتئاب (Boyle, 1982) .

القـــدرة التمـــييزية

قد يكون من الممكن أيضا تحديد حساسية مقياس معين فى الكشف عن التغير الحقيقى أثناء العلاج (Angras and Jacob, 1981) . ومن ثم فبالنسبة لعينة ممثلة من المفحوصين الخاضعين لإجراءات علاجية مقننة ، فإن قدرة متغير وليكن هو التقدير الذاتى للقلق على مقياس التغير أثناء العلاج هي قدرة يمكن تحديدها من خلال نسبة الفرق بين متوسط الدرجات قبل وبعد العلاج إلى مجموع الانحراف المعيارى داخل المجموعات (Cohen, 1977) ، ومع ذلك فحتى بالنسبة للمقاييس المصممة لقياس التغير فإن هذه المعلومات غالبا ما لا تكون متاحة .

مصادر التحيز فى الفحص

لُوحظت مصادر عديدة ومنتظمة للتحيز فى تسجيل البيانات السلوكية - استجابية سلوك العميل- (Nelson, 1977) ويمكن أن يكون للتسجيلات التى يقوم بها الأخصائيون الأكلينيكيون للملاحظات تأثيرات مشابهة على العميل (Harris and Lahey, 1983 a; Haynes and Horn, 1982) كما يمكن أن تؤثر متغيرات أخرى معينة فى صحة ملاحظات الأخصائيين الأكلينيكية (Harris and Lahey, 1983 b) .

الاستجابية

نُوقشت مصادر عديدة لاستجابية العميل ، وهى الاستجابية التى تبدو واضحة على وجه

(1) Electorocephalogramme
(2) Insomnia
(3) t - Tests
(4) Kappa

الأختبار	المصادر الرئيسية	الثبات ± الخطأ المعياري	الخطأ المعياري للدرجة المعطاة	طبيعة الدرجات	شكل التوزيع	طبيعة العينة	الصدق
بيك للاكتئاب BDI	Beck et al., (1988) Beck (1988)	٠,٧٣ ٠,٩٥	٢,٨	درجات خام كلية (متوسطات لغير المكتئبين = ١١ خفيفي الاكتئاب = ١٩ متوسطي الاكتئاب = ٢٥ شديدي الاكتئاب = ٢٨)	ملتوي	مرضي مكتئبين	درجات الشدة طبقًا لترتيب قام به اطباء نفسيين (غير واضح أى محك تشخيصى مستخدم)
تقديرات ذاتية لمرضي خوافيين (تقديرات الخوف الأساسى)	Marks and Mathews (1979)	٠,٩٣ ± ٠,٠١	٠,٥٦	تقديرمنفرد علي مقياس من ٩ نقاط	؟	٢٠ مريضاً خوافياً مقيمين	؟
تجنب اجتماعي وكرب (SAD)	Watson and Friend (1969)	٠,٧٧ ± ٠,٣٣	٣,٨٤	درجات خام كلية (م = ٩,١١ ± ٨,٠١)	ملتوي الدرجة المنوالية = صفر	٢٠٥ طلاب كنديون بمدرسة صيفية	؟
بطارية سمة – حالة القلق (مقياس الحالة)	Spielberger et al. (1983)	٠,٨٦ ± ٠,٠٠٨	٣,٠٨	درجات خام كلية (م = ٣٩,٧ ± ٨,٢٤)	؟	—	الدرجات المتوسطة أكبر تحت ظروف التوتر منها تحت عدم التوتر (قبل / بعد القياس)
برفيل تأثير المرض	Pollard, et al. (1967) Bergner, et al. (1976a	٠,٧٧ ± ٠,٠٥	٤,٢٤	درجات خام موزونة النسبة المئوية لدرجة الاختلال الوظيفي .. الخ	؟	—	مفحوصون من مرضي مزمنين مقابل غير المزمنين .
حدة الاعتماد الكحولي	Stockwell, et al. (1979)	٠,٥١ ٠,٨٠	٣,٢٨	درجات خام كلية	؟	١٠٤ مرضي في وحدة ادمان كحولي	مقارنة الدرجات بمقياس رتبي (لم يحدد الصدق) للاعتماد بواسطة أطباء نفسيين ذوي خبرة .
اختبار استعدادات مهنية (ATE) (المهارات الأساسية أ. القراءة والفهم)	Psychological corporation (1992)	٠,٩١	٢,٠١	درجات خام محولة إلى مئينات أو درجات معيارية	اعتدالي	٥٠٠ موظف في دورات خبرات العمل في كل المملكة المتحدة	؟

جدول (١-٢) بيانات سيكومترية لبعض الاختبارات والمقاييس شائعة الاستخدام

المخصوص، عندما يعرف العميل أن سلوكه موضوع تحت الملاحظة . مثال ذلك أنه قد تبين أن الملاحظين الذين يتصرفون بالفعل بطريقة عقابية مع العملاء يتلقون تأثيرًا استجابيًا مختلفًا ،عما يحصل عليه الملاحظون الذين يستخدمون التدعيم لتشجيع السلوك المناسب . ومن ثم فعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يضع فى اعتباره نوع التأثير الذى سينتج عن اختيار ملاحظ معروف بالفعل للعميل . إن وجود غريب يعرف العميل أنه يقوم بملاحظة سلوكه يؤدى إلى متغيرات مثيرة للدهشة . كما لايشجع ظهور الأنشطة غير المرغوبة نتيجة لمثل هذه الملاحظة وحيث يتزايد السلوك المرغوب فيه . وعلي الرغم من ذلك ، فمن المعروف للمؤلفين الحاليين أن هناك عملاء يزيدون من سلوك المقاطعة ، عندما يكونون الهدف الوحيد للملاحظة .

ويمكن بالتالى تقديم عدد من التوصيات للحد من اثار مصادر التحيز هذه . من ذلك أنه يتعين أن يكون تسجيل الملاحظات غير ظاهر بقدر الإمكان . وقد يساعد استخدام التسجيل الصوتى أو التسجيل بالڤيديو على انجاز هذا الهدف ، كما أنه سيسهم فى صحة التسجيلات وحيث يمكن الإستماع اليها أو مشاهدتها أكثر من مرة بهدف مراجعتها ، ويمكن استخدام هذه الأساليب لفترات طويلة مع توفير التكلفة المترتبة على وجود مستمر لملاحظ ، كما ستتيح للعملاء الفرصة لكى يعتادوا عليها ، وربما يصبحون أقل عصبية من فكرة أن هناك من يلاحظهم . ويمكن أن يكون الملاحظون المشاركون مثل أسرة العميل أو فريق الرعاية اقل تطفلا من وجود ملاحظ غريب ، ومرة أخرى بتكلفة أقل . إلا أن التأثير السابق الإشارة إليه على سلوك العميل يجب أن يوضع فى الحسبان . فإذا كان هذا المصدر للتأثير مشكوكًا فيه ، فينصح بوجود ملاحظ مستقل وتسجيل البيانات على مدى فترات زمنية إذا كان ذلك ممكنًا . ويتعين النصح أيضًا بالتفكير فى إحداث تغييرات منتظمة فى وقت التسجيل ، قبل . وبعد إجراءات التغيير فى البيئة مثل العلاج وإجراءات الملاحظة المختلفة . والقيام بالمراجعة على فترات للملاحظات أو تسجيلات العميل الشخصية يمكن أن يشجع الحصول على تسجيلات أكثر صحة وثباتًا ، كما أن الملاحظات المتقطعة لعروض الفيديو المقننة لعميل أخر لديه السلوك المستهدف نفسه ، يمكن أن ينشط المحكات المستخدمة فى التسجيل .

وأخيرًا .. وإن كان هذا هو الأمر الأكثر أهمية من كل ماعداه ، يجب التفكير فى الحصول على الموافقة الكاملة من العميل على جمع البيانات . وذلك منذ البداية وحينما يكون ذلك ممكنا .

الملاحظات الانطباعية مقارنة بالبيانات المسجلة

قد تتأثر صحة الملاحظات بتوقعات الملاحظ المختلفة . وقد تكون بعض أساليب تسجيل الملاحظات حساسة على وجه الخصوص لهذا التحيز . وقد أوضح شولر ومكنمارا Shuller and McNamara(1976) أن التسجيلات على المقاييس الرتبية ، التى يستخدمها الملاحظون لتقدير مشاعر العداء والاجتماعية والافراط فى النشاط لدى الأطفال تتأثر جوهريًا بالتعليمات ، التى تقدم للملاحظ متضمنة أن يتوقع مستويات مرتفعة من هذه الأنشطة ، أما تسجيل لحظات معينة للسلوك العدوانى والاجتماعى أو النشاط المفرط فلم يتأثر بالتعليمات .

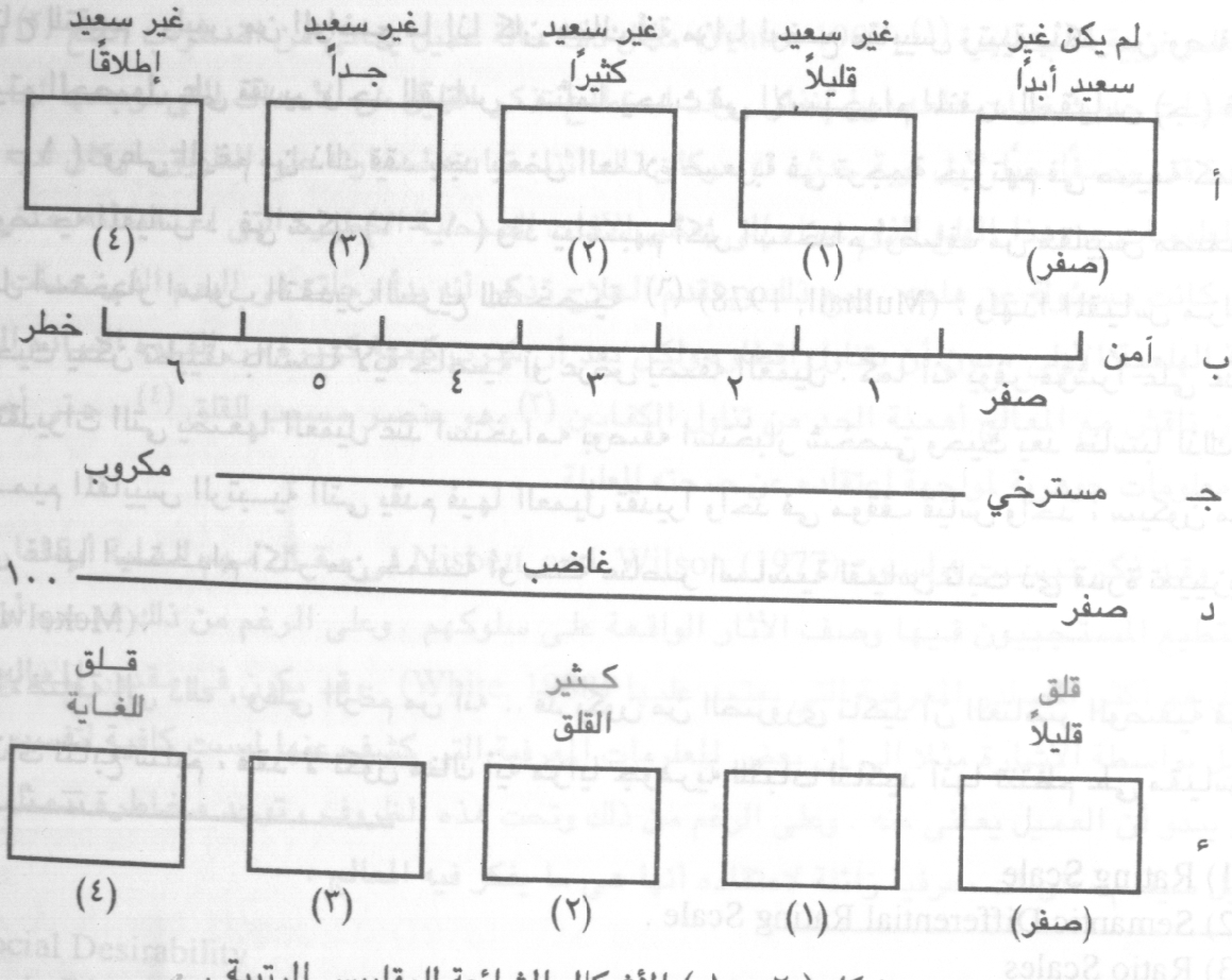
وهذه النتائج مهمة على وجه الخصوص فى ضوء التكرار المرتفع ، الذى تستخدم به مقاييس الرتب فى البحوث والممارسة الأكلينيكية . وقد تبين أن ظهور حالات الهلع أقل تكرارًا فى التسجيلات اليومية التى يقوم بها العملاء أنفسهم من التقديرات التى يقدمونها اثناء المقابلة (Rapee et al., 1990) كما قد تصبح العلاقات بين المتغيرات غير دالة عندما تسجل البيانات بعناية . وقد لوحظ ذلك فى حالة الارتباط بين نوبات الهلع والدورة الشهرية لدى النساء (Cook et al., 1990) .

إجراءات القياس

نادرًا ما يعتمد الأخصائى الأكلينيكى اثناء الممارسة على تصميم مقياس متعدد البنود؛ لقياس خصائص مفردة مثل الانبساط أو الاكتئاب أو الاستدعاء المباشر للمعلومات البصرية . وهذا صحيح على وجه الخصوص فى قياس مفاهيم فرضية كهذه ، فمثل هذه المقاييس متاحة مباشرة ، وقد يجدها الأخصائى الأكلينيكى موثقة فى الكتب التى يحررها بوروس Buros وكونولى وكرامر Conoley and Kramer (1992) وهاريسون وبلاك Harrison and Bellack (1988) . كما توجد مبادئ تصميم الأختبارات وطرق عملها أيضا فى مواضع معينة (Nually, 1978; Anastasi, 1988) .

ومع ذلك فكثيرا ما سيجد الأخصائى الأكلينيكى أنه فى حاجة لابتكار مقياس لتقدير التغير فى متغير مستهدف ، لايتوفر له مقياس مناسب فى الوقت الذى تحدد فيه لهذا المتغير أهمية محورية للعميل ؛ كأن يذكر العميل عرضًا فريدًا مثل خبرة ألم معين أو البكاء ، الذى تستطيع أسرة العميل كما يستطيع الأخصائى الأكلينيكى والأخرين ملاحظته ، ومثل هذا السلوك متباين التكرار والشدة والفترة الزمنية التى يستغرقها .

ويجب بقدر الإمكان مراعاة الدقة فى تحديد سلوك «البكاء وليس أن يبدو غير سعيد» أو أنه «يضرب مريضا آخر وليس «أنه عدواني» . ويمكن تسجيل بعض المتغيرات المستهدفة مثل «التريض قبل الخامسة صباحاً» و«عدم الذهاب إلى العمل» منفصلين بعضها عن البعض بالنسبة للعميل نفسه ، ويمكن تسجيل مثل هذه الأحداث على مقياس زمني فى قائمة سلوكية ؛ بهدف تحديد تكراراتها على مدى زمنى معين ، كما يمكن استخدام العينة الزمنية [1] وعينة الفترات [2] ؛ للحد من طول الوقت الذى تتطلبه الملاحظة (Marholin and Bijou, 1978) ، ويمكن أيضا تسجيل الفترة التى يستغرقها النشاط بطريقة



شكل (٢ - ١) الأشكال الشائعة للمقاييس الرتبية .

(1) Time Sampling
(2) Interval Sampling

مشابهة . ومع ذلك فقد تتطلب شدة الأعراض تصميم مقياس رتبى [1] خاص بالعميل (Guilford, 1954; Mackay, 1980) ويوضح شكل (٢ - ١) النماذج المختلفة لهذه المقاييس ، والتي قد تختلف فى عدد العناصر التى يقوم عليها المقياس ، كما قد يكون عدد توصيفات هذه العناصر اثنين أو أكثر .

وبعض المقاييس بها نقاط صفر افتراضية ، بينما البعض الأخر مثل مقياس تقدير الدلالات اللفظية الفارقة [2] قطبى (Osgood et al., 1957) (مثال ذلك ب فى شكل ٢ : ١) وقد يتضمن بعضها مسافات على ابعاد متساوية بينما الأخرى ذات مسافات غير متساوية . وبينما يُدعّى ان بعضها مقاييس نسبة ذات نقطة صفر ومسافات متساوية .. فإن البعض الآخر عبارة عن مقاييس مسافة بلا تحديد لنقطة صفر ، ولكن بمسافات متساوية بين نقاطها ، بينما تنتظم نقاط الارتكاز فى البعض الأخر على التتابع بالنسبة لمتغير ما دون فروض حول حجم المسافات أو موضع نقطة الصفر (Siegel and Castellan, 1988) وتختلف مقاييس النسبة [3] والمقاييس الترتبية [4] فى نوع العمليات الإحصائية التى تجرى عليها ، ولهذا أهميته عند تحديد دلالة التغير فى نشاط أو عرض ما ، يضاف إلى ذلك أن تحديد الدلالة الأكلينيكية للتغير سيتأثر هو الآخر بالمسافات على المقياس . ومن ثم قد يكون تحسن عميل ما من النقطة (أ) إلى النقطة (ب) ملحوظا بقدر ضئيل غالبا مقارنة بالتغير الذى يحدث له من النقطة (ب) إلى النقطة (جـ) ، إذا كانت المسافة بين (أ) ، (ب) اقل من تلك الموجودة بين (ب) ، (جـ) وهناك اساليب تطبق لتحديد مواضع العناصر فى مقاييس المسافة أو الوحدة [5] (Ghiselli et al., 1981) . وعلى أى الأحوال .. فإن كمية العمل المطلوبة لكل ذلك قد تجعل منه أمرا غير عملى ، عندما يكون المطلوب تصميم مقياس جديد لكل عميل . وقد وصف مولهال (Mulhall (1978 وشالكلى ومولهال (Chalkley and Mulhall (1991 أمثلة لإجراءات تصميم هذه المقاييس للشخصية . وتتطلب مثل هذه الإجراءات عدة عينات من قياسات العرض المعين فى كل فرصة تتاح للتقييم . وليس من الواضح ما إذا كان هناك أية مزايا لوضع مقاييس رتبية بأكثر من وصفين وحيث يتم الحصول على تقدير واحد للقياس ، مثلما يحدث فى الاستخدام المنفرد للمقياس (جـ) فى شكل (٢ - ١). وعلى الرغم من ذلك فقد يجد بعض العملاء صعوبة فى ترجمة خبرتهم فى صيغة كمية وفقا لما يوضحه المقياس د فى شكل (٢ - ١) وقد يناسبهم أكثر استخدام أوصاف من مقاييس مصممة بالفعل مثل استخبار اسلوب التقدير السريع للشخصية [6] (Mulhall, 1978) ، ولهذا المقياس مزايا اضافية حيث يمكن تطبيقه بالنسبة لأية خاصية أو عرض يصفه العميل . كما أنه يوفر مؤشراً على عدم أتساق التقديرات التى يضعها العميل عند استخدامه بوصفه استخبار شخصى وحيث يعد مناسبا لذلك . وعند تصميم المقاييس الرتبية التى يقدم فيها العميل تقديرا واحدا فى موقف قياس واحد ، سيكون من الضرورى غالبا استخدام أكثر من خمسة أو ستة عناصر أساسية لقياس ثابت ذى قدرة تمييزية (Mckelvie, 1980).

وبالاضافة إلى ذلك ، وعلى الرغم من أنه .. قد يكون من الضرورى تأكيد أن العناصر الوصفية فى المقياس ذات تتابع سليم ، فقد لا تكون هناك أية مزايا جوهرية للثبات لتأكيد أنها تنتظم على مقياس

(1) Rating Scale
(2) Semantic Differential Rating Scale .
(3) Ratio Scales
(4) Ordinal
(5) Interval Scale
(6) Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique (PQRST)

مسافات (Spector, 1980) .

وأخيراً ، يتعين الأهتمام بتأكيد أن العناصر الوصفية للمقياس لاتخلط بين المتغيرات ضعيفة التعلق. ومن ثم فإن المقياس الموضح فى شكل (٣ - ١) على سبيل المثال ، سيكون من الصعب الإجابة عنه إذا كان البكاء غير واضح الصلة بالحزن الحاد لدى عميل ما . وبالتالى سيكون من الأفضل وضع هذه المتغيرات على مقاييس منفصلة .

(١)	(٢)	(٣)	(٤)	(٥)
ليس غير سعيد إطلاقا لا بكـاء	غير سعيد قليلا لا بكـاء	غير سعيد بكاء أحيانا	غير سعيد جـدا كثيراما يبكي	غير سعيد تماما يبكي أغلب الوقت

شكل (٣ - ١) : مقياس رتبى ذو قياس مختلط .

الاقتراب من المعلومات المعرفية التي يقدمها العميل

أدى تطور العلاج المعرفى والأعتراف بالتأثيرات المعرفية على السلوك والانفعالات إلى تجديد الأهتمام بالصعوبات ، التى قد توجد لدى العميل عندما يقوم بإفشاء المعلومات .

وقد يوجد الكثير من هذه الإعاقات لدى العميل من ذلك عدم القدرة على تذكر المعلومات أوصعوبة صياغة المعلومات لفظياً ، أو عدم وعيه بدلالة معلومات معينة أو أن يجد صعوبة فى إفشاء بعض الأمور نتيجة للمرغوبية الاجتماعية (١) (Watts, 1983) مثال ذلك حالة عميل يعانى من اضطراب الهلع (٢) وصف أولى مرات حدوث نوبات هلعه دون إنذار . وقد استطاع تذكر القليل من الأحداث التى أرجعها لها . وفى العيادة قدم وصفًا حيًا لأول نوبة حدثت له ، وكان ذلك أثناء قيادته لسيارته على الطريق . وكان لديه القليل من المعلومات عن هذا الهلع الذى عزاه إلى بعض الأفات الصحية الخطيرة التى اعتقد أنه يعانى منها والتى كانت مسئولة عن هلعه . ومع ذلك وبتقدم العلاج تذكر أنه بدأ رحلته فى اليوم الذى حدثت له فيه النوبة الهلعية الأولى ، دون أن يتناول افطاره ولكن بعد أن شرب كمية كبيرة من القهوة السادة القوية . وما أن ناقش مع المعالج أهمية الحد من تناول الكفايين (٣) وهو عنصر مسبب للقلق (٤) ، حتى أصبحت لديه معلومات جوهرية لمواجهة اعتقاده عن صحته العليلة .

وقد ذكر نيسبت ولسون Nisbett and Wilson (1977) فى مقال مهم للغاية أوقاتا عديدة لايستطيع المستجيبون فيها وصف الأثار الواقعة على سلوكهم . وعلى الرغم من ذلك فيجب أن يكون العميل هو أكثر المصادر المعرفية التى يعتمد عليها (White, 1988) . وقد يكون فى مقدور المعالج تنبيه العميل بواسطة الأشارة مثلا إلى أن بعض المعلرمات المعرفية التى كشف عنها ليست كافية لتفسير الكرب الذى يبدو أن العميل يعانى منه . وعلى الرغم من ذلك وتحت هذه الظروف ، توجد مخاطرة تتمثل فى أن العميل سيقدم معلومات معرفية زائفة لاعتقاده أنها هى ما يفكر فيه المعالج .

(1) Social Desirability
(2) Panic Disorder
(3) Caffeine
(4) Anxiogenic

وعلى الرغم من هذا فإن تحديد المعلومات المعرفية التى قد تكون لها أهمية فريدة لدى العميل يعد من الأمور ذات الأهمية البالغة فى العلاج المعرفى . وسيؤكد ذلك عدد من المساهمين فى هذا الكتاب . ومن النادر أن يكفى مجرد سؤال العميل أن يكمل قائمة معرفية ، فمثل هذه القوائم دائماً ما لا تتضمن الأمور الجوهرية . وقد اشار هولون وكيندال Hollon and Kendall (1981) إلى تأثيرات إثارة الانفعالات غير المرغوب فيها، والتى يمكن أن تظهر خلال الملاحظة المعرفية فى عينة الأفكار (١) على وجه الخصوص . وهو أسلوب يطلب فيه من العميل أن يسجل أفكاره بمجرد سماعه اشارة صادرة له . وقد ذكر ريبير Rippere (الفصل الخامس) آثارا مشابهة لدى عميل ، كان يقوم بإكمال بطارية للاكتئاب . ومن ثم فعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يكون مستعدا لمساعدة العميل فى التعامل مع مثل هذه التأثيرات .

(1) Thought - Sampling

References

Agras, W. S. and Jacob, R. G. (1981) 'Phobia: nature and measurement', in M. Mavissakaliam and D. H. Barlow (eds) *Phobia: Psychological and Pharmacological Treatment*, New York: Guildford Press.

American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn (DSM III)*, Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn Revised (DSM III–R)*, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anastasi, A. (1988) *Psychological Testing, 6th edn*, New York: Macmillan.

Arkowitz, H. (1981) 'Assessment of social skills', in M. Hersen and A. S. Bellack (eds) *Behavioural Assessment. A Practical Handbook*, New York: Pergamon.

Barlow, D. H. and Mavissakalian, M. (1981) 'Directions in the assessment and treatment of phobia: the next decade', in M. Mavissakalian and D. H. Barlow (eds) *Phobia: Psychological and Pharmacological Treatment*, New York: Guilford Press.

Beck, A. T. (1967) *Depression: Causes and Treatment*, Philadelphia: University of Philadelphia Press.

Beck, A. T. (1988) *Beck Depression Inventory*, Sidcup, Kent: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A. and Garbin, M. G. (1988) 'Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation', *Clinical Psychology Review* 8: 77–100.

Bergner, M., Bobbitt, R. A., Pollard, W. E., Martin, D. P. and Gilson, B. S. (1976a) 'The Sickness Impact Profile: validation of a health status measure', *Medical Care* 14: 57–67.

Bergner, M., Bobbitt, R. A., Kressel, S., Pollard, W. E., Gilson, B. S. and Morris, J. R. (1976b) The Sickness Impact Profile: conceptual formulation and methodology for the develpoment of a health status measure, *International Journal of Health Services* 6: 393–415.

Boyd, J. H. and Weissman, M. M. (1982) 'Epidemiology', in E. S. Paykel (ed.) *Handbook of Affective Disorders*, Edinburgh: Churchill Livingstone.

Boyle, G. J. (1985) 'Self-report measures of depression: some psychometric considerations', *British Journal of Clinical Psychology* 24: 45–59.

Brown, D. K., Kratochwill, T. R. and Bergan, J. R. (1982) 'Teaching interview skills for problem identification: an analogue study', *Behavioural Assessment* 4: 63–73.

Brown, G. W. and Harris, T. (1978) *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorders in Women*, London: Tavistock.

Campbell, D. T. and Fiske, D. W. (1959) 'Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix', *Psychological Bulletin*, 56: 81–105.

Canavan, A. G. M. and Beckman, J. (1993) 'Deriving principal component IQ scores from the WAIS–R, *British Journal of Clinical Psychology* 32: 81–6.

Cautela, J. R. and Upper, D. (1973) 'A behavioural coding system', Annual Meeting Association for the Advancement of Behaviour Therapy.

Cautela, J. R. and Upper, D. (1975) 'The process of individual behavior therapy', in M. Hersen *et al.* (eds.) *Progress in Behavior Modification, I*, New York: Academic Press.

Cautela, J. R. and Upper, D. (1976) 'The Behavioral Inventory Battery: the use of self-report measures in behavioral analysis and therapy', in M. Hersen and A. S. Bellack (eds.) *Behavioral Assessment. A Practical Handbook, 1st edn*, New York: Pergamon.

Chalkley, A. J. and Mulhall, D. J. (1991) 'The PQRSTUV: The Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique – "Ultimate Version"', *British Journal of Clinical Psychology* 30: 181–4.

Ciminero, A. R., Calhoun, K. S. and Adam, H. E. (eds.) (1977) *Handbook of Behavioral Assessment* New York: Wiley.

Clare, A. W. and Cairns, V. E. (1978) 'Design, development and use of a standardised interview to assess social maladjustment and dysfunction in community studies', *Psychological Medicine* 8: 589–604.

Cohen, J. (1977) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, New York: Academic Press.

Cone, J. D. (1978) 'The Behavioral Assessment Grid (BAG): a conceptual framework and a taxonomy', *Behavior Therapy* 9: 882–8.

Cone, J. D. (1981) 'Psychometric considerations', in M. Hersen and A. S. Bellack (eds) *Behavioral Assessment, A Practical Handbook, 2nd edn*, New York: Pergamon Press.

Conoley, J.C. and Kramer, J.J. (eds) (1992) *The Eleventh Mental Measurements Year Book*, Lincoln Neb: Buros Institute.

Cook, B. L., Noyes, R., Garvey, M. J., Beach, V., Sobotka, J. and Chaudry, D. (1990) 'Anxiety and the menstrual cycle in panic disorders', *Journal of Affective Disorders* 19: 221–6.

Cooper, B. (1973) 'Clinical and social aspects of chronic neurosis', *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 65: 509–12.

Cooper, P., Osborn, M., Gath, D. and Feggetter, G. (1982) 'Evaluation of a modified self-report measure of social adjustment', *British Journal of Psychiatry* 141: 68–75.

Cox, A., Holbrook, D. and Rutter, M. (1981a) 'Psychiatric interviewing techniques. VI. Experimental study: eliciting feels', *British Journal of Psychiatry* 139: 144–52.

Cox, A., Rutter, M. and Holbrook, D. (1981b) 'Psychiatric interviewing techniques. V. Experimental study: eliciting factual information', *British Journal of Psychiatry* 139: 29–37.

Cronbach, L. J., Gleser, G. C., Nanada, H. and Rajaratnam, N. (1972) *The Dependability of Behavioral Measurements: Theory of Generalisability for Scores and Profiles*, New York: Wiley.

Cullen, C. (1983) 'Implications of functional analysis', *British Journal of Clinical Psychology* 22; 137–8.

Cyr, J. J., Doxey, N. and Vigna, C. M. (1988) 'Factorial composition of the SCL–90–R, *Journal of Social Behaviour Personality* 3: 245–52.

Derogatis, L. R. (1977) *SCL–R–90: Administration, Scoring and Procedures Manual*, Baltimore: Clinical Psychometrics Research.

Derogatis, L. R. and Melisaratos, N. (1983) 'The Brief Symptom Inventory: an introductory report', *Psychological Medicine* 13: 595–605.

Derogatis, L. R. and Spencer, P. M. (1982) *The Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring and Procedures Manual*, Baltimore: Clinical Psychometric Research.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S. and Covi, L. (1973) 'SCL–90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report', *Psychopharmacological Bulletin* 9: 13–25.

DiNardo, P. A., Barlow, D. H., Cerny, J. A., Vermilyea, B. B., Vermilyea, J. A., Himadi, W. G. and Waddell, M. T. (1985) *Anxiety Disorders Interview Schedule–Revised* (ADIS–R), New York: Phobia and Anxiety Disorders Clinic, State University of New York.

Ekman, P. and Oster, H. (1979) 'Facial expressions of emotion', *Annual Review of Psychology* 30: 527–54.

Emmelkamp, P. M. G. (1982) *Phobic and Obsessive–Compulsive Disorders: Theory, Research and Practice*, New York: Plenum.

Erickson, R. C. and Scott, M. L. (1977) 'Clinical memory testing: a review', *Psychological Bulletin* 84: 1130–49.

Eysenck, H. J., Wakefield, J. A. and Friedman, A. F. (1983) 'Diagnosis and clinical assessment: the *DSM III*', *Annual Review of Psychology* 34: 167–193.

Fewtrell, W. D. (1981) 'Variations in clinical opinion between psychologists treating a single case of sleep dysfunction', Annual Conference, British Psychological Society.
Fordyce, W. E. (1976) *Behavioural Methods for Chronic Pain and Illness*, St. Louis: Mosby.
Francis, V. M., Rajan, P. and Turner, N. (1990) 'British community norms for the Brief Symptom Inventory', *British Journal of Clinical Psychology* 29: 115–16.
Frank, G. (1983) *The Wechsler Enterprise*, New York: Pergamon.
Geer, J. H. (1965) 'The development of a scale to measure fear', *Behaviour Research and Therapy* 3: 45–53.
Ghiselli, E. E., Campbell, J. P. and Zedeck, S. (1981) *Measurement Theory for the Behavioral Sciences*, San Francisco: Freeman.
Goldberg, D. and Williams, P. (1988) *A User's Guide to the General Health Questionnaire*, Windsor: NFER-Nelson.
Golden, C. J. (1979) *Clinical Interpretation of Psychological Tests*, New York: Grune and Stratton.
Guilford, J. P. (1954) *Psychometric Methods, 2nd edn*, New York: McGraw-Hill.
Guilford, J. P. and Fruchter, R. (1981) *Fundamental Statistics in Psychology and Education, 6th edn*, New York: McGraw-Hill.
Hall, J. N. and Baker, R. (1983) *Rehabilitation Evaluation*, Aberdeen: Vine Publishing Ltd.
Harris, F. C. and Lahey, B. B. (1983a) 'Subject reactivity in direct observational assessment: a review and critical analysis', *Clinical Psychology Review*, 2: 523–38.
Harris, F. C. and Lahey, B. B. (1983b) 'Recording system bias in direct observational methodology', *Clinical Psychology Review* 2: 539–56.
Harris, J. G. (1982), 'The assessment of personality profiles', *Clinical Psychology Review* 2: 27–48.
Hartmann, D. P., Roper, B. L. and Bradford, D. C. (1979) Some relationships between behavioral and traditional assessment', *Journal of Behavioral Assessment* 1: 3–21.
Hay, W. M., Hay, L. R., Angle, H. V. and Nelson, R. O. (1979) 'The reliability of problem identification in the behavioral interview', *Behavioral Assessment* 1: 107–18.
Haynes, S. N. and Horn, W. F. (1982) 'Reactivity in behavioral observation: a review', *Behavioral Assessment* 4: 369–85.
Haynes, S. N. and O'Brien, W. H. (1990) 'Functional analysis in behaviour therapy', *Clinical Psychology Review* 10: 649–69.
Heaton, R. K. and Pendleton, M. G. (1981) 'Use of neuropsychological tests to predict adult patients' everyday functioning', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 49: 807–21.
Heaton, R. K., Beade, L. E. and Johnson, K. L. (1979) 'Neuropsychological test results associated with psychiatric disorders in adults', *Psychological Bulletin* 85: 141–62.
Helzer, J. E., Robins, L. N., Croughton, J. L. and Welner, A. (1981) 'Renard diagnostic interview', *Archives of General Psychiatry* 38: 393–98.
Hersen, M. and Bellack, A. S. (eds) (1981) *Behavioral Assessment. A Practical Handbook, 2nd edn*. New York: Pergamon.
Hersen, M. and Bellack, A. S. (eds) (1988) *A Dictionary of Behavioral Assessment Techniques*, New York: Pergamon Press.
Hill, J., Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M. and Pickles, A. (1989) 'Adult Personality Functioning Assessment (APFA): an investigator-based standardised interview', *British Journal of Psychiatry* 155: 24–35.
Hollon, S. D. and Kendall, P. C. (1981) 'In vivo assessment techniques for cognitive-behavioral processes', in P. C. Kendall and S. D. Hollon (eds) *Assessment Strategies for Cognitive-Behavioral Interventions*, New York: Academic Press.
Lam, D. and Power, M. (1991) 'Social support in a general practice elderly sample', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 89–93.

Lazarus, A. A. (1976) *Multimodal Behavior Therapy*, New York: Springer.
Lewinsohn, P. M. (1975) 'The behavioral study and treatment of depression', in M. Hersen *et al.* (eds) *Progress in Behavior Modification I*, New York: Academic Press.
Linehan, M. M. (1980) 'Content validity: its relevance to behavioral assessment', *Behavioral Assessment* 2: 147–159.
McGuire, R. J. (1973) 'Classification and the problem of diagnosis', in H. J. Eysenck (ed.) *Handbook of Abnormal Psychology*, London: Pitman Medical.
MacKay, C. J. (1980) 'The measurement of mood and psychophysiological activity using self-report techniques', in I. Martin and P. H. Venables (eds) *Techniques in Psychophysiology*, New York: Wiley.
McKelvie, S. J. (1980) 'Graphic rating-scales: how many categories?' *British Journal of Psychology* 69: 185–202.
Marholin, D. H. and Bijou, S. W. (1978) 'Behavioral assessment. Listen when the data speak', in D. H. Marholin (ed.) *Child Behavior Therapy*, New York: Gardner Press.
Marks, I. and Mathews, A. M. (1979) 'Brief standard self-rating for phobic patients', *Behaviour Research and Therapy* 17: 263–67.
Matarazzo, J. D. (1983) 'The reliability of psychiatric and psychological diagnosis', *Clinical Psychology Review* 3: 103–45.
Meehl, P. E. (1973) 'Why I do not attend case conferences', in P. E. Meehl (ed.) *Psycho-diagnosis. Selected Papers*, Minneapolis: University of Minnesota Press.
Melzack, R. and Wall, P. (1988) *The Challenge of Pain*, Harmondsworth: Penguin Books.
Metcalfe, M. and Goldman, E. (1965) 'Validation of an inventory for measuring depression', *British Journal of Psychiatry* 111: 240–42.
Miller, W. R. (1975) 'Psychological deficit in depression', *Psychological Bulletin* 82: 238–60.
Milne, D. (1992) *A Mental Health Portfolio*, Windsor: NFER-Nelson.
Mittler, P. (ed.) (1970) *The Psychological Assessment of Mental and Physical Handicaps*, London: Metheun.
Mulhall, D. J. (1978) *Manual for the Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique*, Windsor: NFER.
Nay, W. R. (1979) *Multimethod Clinical Assessment*, New York: Gardner.
Nelson, H. E. (1991) *National Adult Reading Test 2nd edn*, Windsor: NFER-Nelson.
Nelson, R. O. (1977) 'Assessment and therapeutic functions of self-monitoring', in M. Hersen *et al.* (eds) *Progress in Behavior Modification 5*, New York: Academic Press.
Nisbett, R. E. and Wilson, T. D. (1977) 'Telling more than we know: verbal reports on mental processes', *Psychological Review* 84: 231–59.
Nunally, J. C. (1978) *Psychometric Theory*, New York: McGraw-Hill.
O'Carroll, R. E., Baikie, E. M. and Whittick, J. E. (1987) 'Does the National Adult Reading Test hold in dementia?' *British Journal of Clinical Psychology* 26: 315–16.
O'Farrell, T. J. and Upper, D. (1977) 'The interjudge reliability of Cautela and Upper's Behavioral Coding System', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 8: 39–43.
Office of Health Economics (1981) *Reducing the Harm*, London: Office of Health Economics.
Osgood, C. E., Suci, G. J. and Tannenbaum, P. H. (1957) *The Measurement of Meaning*, Urbana, Ill.: University of Illinois Press.
Owens, R. G. and Ashcroft, J. B. (1982) 'Functional analysis in applied psychology'. *British Journal of Clinical Psychology* 21: 181–89.
Paul, G. L. (1969) 'Behavior modification research: design and tactics', in C. M. Franks (eds) *Behavior Therapy: Appraisal and Status*, New York: McGraw-Hill.
Pollard, W. E., Bobbitt, R. A., Bergner, M., Martin, D. P and Gilson, B. S. (1976) 'The Sickness Impact Profile: reliability of a health status measure', *Medical Care* 14:

Power, M. J., Champion, L. A. and Aris, S. J. (1988) 'The development of a measure of social support: the Significant Others Scale (SOS)', *British Journal of Clinical Psychology* 27: 349–58.

Psychological Corporation (1992) *Assessment for Training and Employment (ATE)*, Sidcup, Kent: Psychological Corporation.

Rapee, R., Craske, M. G. and Barlow, D. H. (1990) 'Subject-described features of panic attacks using self-montioring', *Journal of Anxiety Disorders* 4: 171–81.

Raven, J. C. (1992) (Research supplements 1979, 1982) *Standard Progressive Matrices*, Oxford: Oxford Psychologists' Press.

Raven, J. C. (1994) *Mill Hill Vocabulary Scale*, Oxford: Oxford Psychologists' Press.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. and Ratcliff, K. S. (1981) 'National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule', *Archives of General Psychiatry* 38: 381–89.

Russell, G. *et al.* (1987) *Notes on Eliciting and Recording Clinical Information in Psychiatric Patients, 2nd edn*, Oxford: Oxford University Press.

Rutter, M. (1977) 'Separation, loss and family relationships', in M. Rutter and L. Hersov (eds) *Child Psychiatry Modern Approaches*, Oxford: Blackwell.

Rutter, M. and Cox, A. (1981) 'Psychiatric interviewing techniques. I. Methods and measures', *British Journal of Psychiatry* 138: 273–82.

Rutter, M. and Yule, W. (1977) 'Reading difficulties', in M. Rutter and L. Hersov (eds) *Child Psychiatry, Modern Approaches*, Oxford: Blackwell.

Salmon, P. (1970) 'Vocational guidance', in P. Mittler (ed.) *The Psychological Assessment of Mental and Physical Handicaps*, London: Methuen.

Shuller, D. Y. and McNamara, J. R. (1976) 'Expectancy factors in behavioral observation', *Behavior Therapy* 7: 519–27.

Siegel, S. and Castellan, N. J. (1988) *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences*, New York: McGraw-Hill.

Spector, P. E. (1980) 'Ratings of equal and unequal response choice intervals', *Journal of Social Psychology* 112: 115–19.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. and Lushene, R. E. (1983) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologist Press.

Stockwell, T., Hodgson, R., Edwards, G., Taylor, C. and Rankin, H. (1979) 'The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence', *British Journal of Addiction* 74: 79–87.

Todd, J., Coolidge, F. and Satz, P. (1977) 'The Wechsler Adult Intelligence Scale Discrepancy Index: a neuropsychological evaluation', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 45: 450–54.

Tversky, A. and Kahneman, D. (1982) 'Evidential impact of base rates', in D. Kahneman, P. Slovic and A. Tversky (eds) *Judgement Under Uncertainty: Heuristics and Biases*, Cambridge: Cambridge University Press.

Watson, D. (1982) 'The actor and observer: how are their perceptions of causality divergent?' *Psychological Bulletin* 92: 682–700.

Watson, D. and Friend, R. (1969) 'Measurement of social evaluative anxiety', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 33: 448–51.

Watts, F. N. (1980) 'Clinical judgement and clinical training', *British Journal of Medical Psychology* 53: 95-108.

Watts, F. N. (1983) 'Strategies of clinical listening', *British Journal of Clinical Psychology* 56: 113–23.

Wechsler, D. (1981) *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Adults – Revised (UK Supplement, 1988)*, New York: Psychological Corporation.

Weissman, M. M. and Bothwell, S. (1976) 'Assessment of social adjustment by patient self-report', *Archives of General Psychiatry* 33: 1111–15.

White, P. A. (1988) 'Knowing more about what we can tell: "Introspective access" and causal report accuracy 10 years later', *British Journal of Psychology* 79: 13–45.

Yates, A. J. (1976) 'Research methods in behavior modification: a comparative evaluation', in M. Hersen *et al.* (eds) *Progress in Behavior Modification* 2, New York: Academic Press.